

العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته

الدكتور محمد السيد عبد الرحمن

الدكتور مجيد محروس الشناوي



دار الطب والعلوم

قاهرة

العلاج السلوكي الجائز
أسسه وتطبيقاته

العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته

الدكتور محمد السيد عبد الرحمن

أستاذ الصحة النفسية

قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة الزقازيق

الدكتور محمد محروس الشاوي

أستاذ الصحة النفسية

قسم علم النفس - كلية العلوم الاجتماعية

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

الناشر

دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع (القاهرة)

معه غريب

الكتاب : العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته

المؤلف : محمد محروس قشاشوي - محمد السيد عبدالرحمن

تاريخ النشر : ١٩٩٨م

حقوق الطبع والترجمة والإقتباس محفوظة

الناشر : دار قبائل للطباعة والنشر والتوزيع

عبدع شريب

شركة مساهمة مصرية

المركز الرئيسي : مدينة العنصر من رمضان

والمطبع المنطقة الصناعية (C1)

ت: ١٥/٣٦٢٧٢٧

الإدارة : ٥٨ شارع البحار - صارة برج آمون

الدور الأول - شقة ٦

ت ، ف : ٢٤٧٤٠٣٨

التوزيع : ١٠ شارع كامل صندقي العقالة (القاهرة)

رقم الإيداع : ٩٧-١٣٠٤٨

التسجيل الدولي : ISBN

977-5810-84-1

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقديم

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيد المرسلين هادى البشرية إلى النور والصراف المسنقلم وعلى آله وصحبه وسلم، وبعد.

فإنه لم يهتم علماء النفس العرب فى يوما ما بأسلوب علاجى قدر اهتمامهم اليوم بالعلاج السلوكى، والعلاج السلوكى المعرفى، ولاشك أن ذلك يرجع الى ثلاث عوامل أولها: أن العلاج السلوكى وفنائه قد بُنيت على نظريات المدرسة السلوكية التى بدأت بدراسات العالم الروسى إيفان بافلوف واستمرت على يد واطسن وسكنر وبندورا وغيرهم، وتتميز هذه المدرسة بنزعتها التجريبية التى تجعل من الممكن التحقق من صحة المعلومات وضبط المتغيرات، أما العامل الثانى فهو التنوع والتعدد فى الفنيات العلاجية التى يضطلع بها العلاج السلوكى، فالبعض يعتمد على الإشراف الكلاسيكى لبافلوف، والبعض الآخر يعتمد على الإشراف الإجرائى لسكنر، أو على النمذجة لبندورا أو إعادة تركيب المعرفة فى ضوء نظرية إيس أوبيك أو ميكنيوم أو غيرهم وهو مادفع هؤلاء الباحثين الى الهروب من ذلك الطريق الضيق والمظلم والمحفوف بالمخاطر فى التحليل النفسى الى تلك الأفاق الرحبة والواسعة. أما العامل الثالث فيتمثل فى اقتناع الكثير من هؤلاء العلماء وطلابهم بما يتميز به هذا الأسلوب العلاجى من فاعلية وكفاءة، فالمعالج لا يفرغ فى اللاشعور بحثاً عن المكبوتات والعقد أو يسعى جاهداً لحل الصراعات، ولكنه يهدف مباشرة الى تعديل السلوك المضطرب بأسلوب تدريجى يشعر المريض بالتحسن بعد عدد محدود من الجلسات وهو ما يجعله يقطع الشوط إلى نهايته دون مقاومة أو تحول أو تحول عكسى. هذا فضلاً عما يتميز به هذا الأسلوب من البساطة وإقتصاد التكاليف نظراً لإمكانية إجراء أغلب فنائه بصورة جماعية، إننا على قناعة بأن العلاج السلوكى هو الطريق الملكى المعبد لإخراج النفس البشرية من براثن المرض النفسى.

ولسنا فى حاجة الى إحصاء ما يميز به هذا الكتاب من جدة وعمق وشمول، وحسبنا انه يمكننا القول بأنه يتكون من جزئين (بابين) مترابطين، يقدم فى الجزء الأول الأسس النظرية للعلاج السلوكى فى اثنا عشر فصلاً. فيتناول الفصل الأول تعريف العلاج السلوكى وتطوره وخصائصه وأخلاقيات الأخصائى النفسى السلوكى وفى الفصل الثانى أسس تقدير السلوك، ثم نتناول بقية فصول هذا الباب أهم الفنيات العلاجية المستخدمة فى العلاج السلوكى كالإشراف الكلاسيكى، والتخلص التدرجى والمنظم من الحساسية، والتدريب على السلوك التوكيدى، والإشراف الإجراءى، واستخدام النمذجة فى تعديل السلوك، والغمر، والإشراف التفريرى وضبط النفس وتعديل البنية المعرفية وأسلوب حل المشكلات.

أما الباب الثانى فيتناول أهم تطبيقات العلاج السلوكى والمعرفى وخاصة فى مجال المشكلات النفسية والسلوكية للأطفال والمراهقين، وفى مجال الاختلالات النفسية كالقلق، والاكتئاب، وفى مجال المتخلفين عقلياً، والامان وفى المجال التربوى، ومجال الطب والطب السيكوسوماتى، ويعد هذا الجزء إضافة علمية جديدة نأمل ان تساعد الأخصائين النفسيين على الاهتمام لأنسب الفنيات العلاجية لمثل هذه الحالات.

وفى الختام نأمل أن يلقى هذا العمل قبول كل العاملين فى هذا المجال والزملاء، وأن يفيد طلاب العلم والمهتمين بالطب النفسى والخدمة الاجتماعية والتربوية وغيرهم. ونسأل المولى عز وجل ان يعلمنا وأن ينفعنا بما علمنا وأخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين.

المؤلفان

أ.د/ محمد محروس الشناوى

أ.د/ محمد السيد عبدالرحمن

الباب الأول

أسس وفنيات العلاج السلوكي

الفصل الأول

العلاج السلوكي

ماهيته - تطوره - خصائصه - أخلاقياته

تعريف العلاج السلوكي:

العلاج السلوكي Behavior therapy أسلوب من الأساليب الحديثة يقوم على أساس استخدام نظريات وقواعد التعلم، ويشتمل على مجموعة كبيرة من الفنيات العلاجية التي تهدف إلى إحداث تغيير إيجابي بناء في سلوك الإنسان وبصفة خاصة سلوك عدم التوافق.

ويقصد بالسلوك behavior في مجال العلاج السلوكي الاستجابات الظاهرة التي يمكن ملاحظتها (التصرفات) وكذلك الاستجابات غير الظاهرة مثل الأفكار والانفعالات.

ويطلق البعض على العلاج السلوكي اصطلاح تعديل السلوك Behavior Modification ويصفه خاصة عندما يستخدم في بيئة غير عيادية مثلما يحدث في المدارس وفي معاهد للتربية الخاصة ومراكز تأهيل المعوقين . ويرى بعض الكتاب في مجال العلاج السلوكي (ريم ماسترز ١٩٧٥، ميكولاس ١٩٧٨) أن هناك من الباحثين من درجوا على أقسام بعض الجوانب العلاجية تحت مسمى العلاج السلوكي وتعديل السلوك حيث يضعون تحت هذه المسميات كل الإجراءات التي يكون هدفها تغيير السلوك وهو استخدام ليس في مكانه الصحيح دائما، وعلى سبيل المثال فإنه من بين مايمكن ان يؤدي الى تغيير في السلوك ولكن لايمكن ادراجه تحت علاج أو تعديل السلوك مايجرى أحيانا من جراحات للمخ يكون القصد منها تغيير السلوك وهي ما يطلق عليها الجراحة النفسية Psychological surgery. وأيضا لاينخل في هذا الفرع مايعرف بتعديل المخ ولا العلاج بالصدمات.

فتعديل السلوك هو بناء لبيئة تعلم يتم فيها تعلم مهارات وسلوكيات جديدة على حين نقل الاستجابات والعادات غير المرغوبة حيث يصبح المريض أو المسترشد أكثر دافعية للتغيرات المطلوبة.

ويتميز العلاج السلوكي بأنه لايهتم كثيرا بالبحث في الخبرات المبكرة للفرد كما انه يركز على الحاضر، ويشتمل على فنيات واجراءات يمكن للفرد ان يفهم مغزاها بسهولة حيث يخلو من الغموض ومن الممكن تدريب المدرسين والأباء على القيام به.

تطور العلاج السلوكي:

إذا نظرنا الى الهدف من العلاج السلوكي وهو تغيير السلوك فانه يمكن القول ان ممارسة الاساليب الاساسية التي تشير اليها نظريات التعلم لتعديل السلوك مثل التعزيز والعقاب والانتقاء والتشكيل واستخدام النماذج السلوكية وغيرها، ممارسة قديمة قد تكون قدم الانسان نفسه تعلمها كما تعلم غيرها من اساليب الحياة، ولم يقف الانسان في استخدامه لمثل هذه الاساليب على بنى جنسه وإنما استخدمها أيضا مع الحيوانات والطيور ليكسبها مهارات خاصة يستفيد منها في حياته، وقد اشار القرآن الكريم الى ذلك.

﴿وما علمتم من الجوارح مكلبين تعلمونهن مما علمكم الله...﴾

(المائدة ٤)

كما يشير القرآن الى التعلم الاجتماعي في عرض قصة ابني آدم.

﴿فبعث الله غرابا يبحث في الأرض ليريه كيف يواري سواة

أخيه...﴾ (المائدة: ٣١)

كما اشتمل المنهج الاسلامي على العديد من الجوانب التي تساعد على التعلم وعلى تغيير السلوك الى الأفضل، ومن ذلك أن القرآن استخدم عديدا من النماذج السلوكية وبأساليب فريدة منها القصة، الأمثال، المشاهد، النماذج الشخصية وهي جوانب للتصوير القرآني تهدف الى تغيير سلوك البشر الى

السلوك الايماني الصحيح، كما هدى المؤمنين الى الاقتداء بالرسول صلى الله عليه وسلم.

﴿لقد كان لكم فى رسول الله أسوة حسنة لمن كان يرجو الله واليوم الآخر وذكر الله كثيرا﴾ (الأحزاب: ٢١)

وتعتبر السنة النبوية من الجوانب الأساسية فى حياة كل مسلم وهى تقوم على الاقتداء بما فعله ومأقوله وما قدره الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم. كما أمرهم بذلك حين قال "صلوا كما رأيتمونى أصلى"

وحين أمرهم بذلك فى حجة الوداع "أيها الناس خذوا عنى مناسككم" كذلك فقد أورد القرآن الكريم نماذج علاجية كثيرة، نذكر منها ذلك النموذج الخاص بعلاج حالات النشوز.

﴿...واللاتى تخافون نشوزهم فعظوهن واهجروهن فى المضاجع واضربوهن فإن أطعنكم فلا تبغوا عليهن سبيلا إن الله كان عليا كبيرا...﴾ (سورة النساء: ٣٤)

والاسلام يسمو فوق ما عرف تقليديا فى العلاج السلوكى ونظريات التعلم فى أنه أدخل جانب العقل وأيضا جانب العاطفة الانسانية. وفى النموذج الذى اشتملت عليه الآية الكريمة نجد أن أول الأساليب هو الموعظة وهى مخاطبة واعية للعقل الذى كرم الله به الانسان. ثم يلى ذلك اسلوبان أولهما العقاب السلبى ثم العقاب الايجابى وهما متكرجان من الايسط الى الاشد، وقد وضع الفقهاء لهذه الأساليب شروطا توضح عظمة الاسلام.

وقد أوضح بعض الباحثين مثل محمد عثمان نجاتى (١٩٨١)، الشناوى (١٩٨٧) سبق أحد علماء المسلمين وهو الإمام الغزالى فى تقدير الأسس

العلمية والقواعد الخاصة بالعلاج السلوكي. وسوف نناقش الأسس الإسلامية للعلاج السلوكي في فصل لاحق.

وفي إطار علم النفس الحديث فقد تطور العلاج السلوكي تأسيساً على تطور المدرسة السلوكية التي أشتملت على كثير من الآراء النظرية القائمة على أساس من المنهج التجريبي والتي يمكن أن نتعرف فيها على المراحل الآتية في العلاج السلوكي.

١- واطسون وراينر Watson & Rayner

في المرحلة المبكرة يمكن أن نتعرف على بعض التجارب التي أسهمت في ظهور العلاج السلوكي فلقد أجرى واطسون وراينر (١٩٢٠) Watson & Rayner تجربة لاحداث الخوف لدى طفل صغير يبلغ من العمر أحد عشر شهراً حيث تعرفا على منثير يحدث الخوف لدى هذا الطفل وهو الصوت العالي فقاما بتقريب أرنب أبيض كان من المألوف للطفل أن يقترب منه دون خوف وفي نفس الوقت يصدران الصوت العالي وبعد فترة كانا يقربان الأرنب وحده حيث تبين أن الطفل أصبح يخاف منه. بل ان الطفل عمم الخوف الى مثيرات أخرى قريبة الشبه من المثير المشروط (الأرنب الأبيض) مثل فراء أبيض على معطف أو رجل ذي لحية بيضاء.. على أن باحثة أمريكية هي ماري كوفر جونز Mary Cover Jones. قامت بعلاج طفل آخر هو الطفل بيتز وكان عمره ثلاث سنوات حيث كان هذا الطفل يخاف من الأرانب وقد قامت بهذه التجربة التي نشرتها عام (١٩٢٤) باستخدام قواعد التعلم لازالة الخوف عن هذا الطفل حيث كان الطفل يستر يوضع في غرفة اللعب الخاص به والتي تعطيه حالة من الاسترخاء مع وجود اطفال آخرين لا يخافون من الأرانب يلعبون معه بينما تقدم له الحلوى والطعام الذي

يحبّه وكانت الفكرة وراء هذه التجربة أن الطعام وتناوله في موقف مريح سوف يقيع الخوف المشروط. ثم كانت الباحثة بعد ذلك تقرب الأرنب وهو المثير الذي يخاف منه الطفل في الغرفة بالتركيز نحو بيتر حتى أصبح يلامس الأرنب دون ظهور أى علامات من الخوف.

٢- جوزيف وليبه: Joseph Wolpe

نشر جوزيف وليبه في عام ١٩٥٨ كتابه الشهير العلاج بالكف بالنقيض والذي شمله التفصيلات الخاصة بالاجراءات والنتائج التي حصل عليها من تطبيقه لقواعد التعلم في علاج الاضطرابات العصبية لدى الراشدين. وقد أورد وليبه عددا من الأساليب العلاجية التي بناها على أساس من نظرية بافلوف (١٩٢٧) ونظرية هـل (١٩٣٤) Hull للتعلم. وما قام به هو نفسه من بحوث تجريبية على تخفيض الخوف على حيوانات التجارب. وأوضح أن إزالة الخوف يعتمد على قاعدة الكف بالنقيض Reciprocal inhibition حيث افترض أنه يمكن تحييد الخوف أو القلق اذا استطعنا إيجاد استجابته مضادة للقلق. وبناء على هذه القاعدة طور الطريقة الشهيرة الآن في علاج الخوف والتي تعرف بالتخلص التدريجي من الحساسية Systematic Desensitization.

٣- هانز ايزنك في إنجلترا Hans Eysenck

تمثل بحوث وكتابات هانز ايزنك وتلاميذه في معهد الطب النفسي بجامعة لندن علامة بارزة في تطور العلاج السلوكي كبديل عن العلاج النفسي التقليدي، للتحليل النفسي. وقد ركز ايزنك في اعماله بصفة خاصة على القواعد والأساليب التي طورها كل من بافلوف وهـل وكذلك بعض المنظرين في مجال التعلم مثل مورر (١٩٤٧) وميلر (١٩٤٨). ونادى بأن العلاج السلوكي انما هو طريقة علمية قائمة على أساس من طرق ثبت

تجريبيا فاعليتها عن العلاج النفسى التقليدى. وفى رأى أيزنك أن العلاج السلوكى يعتبر علما تطبيقيا سمته الاساسية أنه يمكن تحميمه كما يمكن تخمينه. والنظرية التى يمكن تحميمها (اختبارها) هى التى يمكن تحميمها بدقة كافية بحيث يمكن تعريضها للبحث التجريبي. أما النظرية التى يمكن تخمينها Falsifiable فهى التى تحدد الظروف التجريبية التى يمكن أن تنتج فى النظرية التى تُرفض. وقد أوضح ايزنك أنه على عكس العلاج السلوكى نجد أن التحليل النفسى شابه الغموض الشديد فى الصياغة بحيث لا يمكن اختبار نظريته كما انه كان من المستحيل ايضا تحديد الظروف التى يمكن فى ظلها اكتشاف خطأ.

وقد أسس ايزنك وراشمان (١٩٦٣) Bysenc & Rachman أول مجلة علمية مخصصة تماما لتطورات العلاج السلوكى تحت اسم بحوث وعلاج السلوك. Behavior Research and therapy ونتيجة للبحوث والكتابات المتواصلة لأيزنك وراشمان استمر معهد الطب النفسى فى جامعة لندن فى شهرته بين مراكز العلاج السلوكى فى العالم.

٤- ب. ف. سكينر B. F. Skinner

تعتبر اسهامات سكينر فى مجال التعلم من الاسهامات الاساسية التى ساعدت على تطور العلاج السلوكى وتتمثل هذه الاسهامات فى قواعد الاشراف الاجرائى operant conditioning ثم توسيع هذه القواعد وتطبيقها على المشكلات البشرية، ومن أهم كتابات سكينر فى هذا المجال كتابه الشهير عن العلم والسلوك البشرى (١٩٥٣) science and Human Behavior والذى انتقد فيه طريقه التحليل النفسى وعرض تصورا للعلاج النفسى فى صورة مصطلحات سلوكية.

ويركز سكينر فى كتاباته على أن السلوك المشاهد observable behavior هو الموضوع الاساس فى التغيير العلاجى، ويعتبر هذا الرأى من

المحاور الاساسية التى يقوم عليها العلاج السلوكى. ومن الناحية الفلسفية فإن الاشتراط الاجرائى كما يراه سكينر ينتمى الى السلوكية الراديكالية والتى ترى أن السلوك الظاهر هو القنى الوحيد المقبول فى البحث العلمى. وقد نتج عن الرأى الذى تبناه سكينر بخصوص مدى اهمية الخبرة الذاتية فى تشكيل السلوك جدل كبير. والمشكلة هنا ليست فى ما اذا كان سكينر يعترف بوجود احداث خاصة وذاتية مثل التخيلات والأفكار والمشاعر، إنه فعلا يعترف بذلك، ولكن السؤال الهام ليس فى وجود الخبرة الذاتية وانما فى ماهية الدور الذى تقوم به فى تنظيم السلوك الانمائى. وقد أقر سكينر نفسه بضرورة ادخال الاحداث الخاصة فى التحليل التجريبي للسلوك غير انه من الواضح من اعمال سكينر بصفة عامة أن الدور الذى تلعبه الاحداث الخاصة (الخبرة الذاتية) قد ظل محدودا فى نظريته وهو يرى على الدوام أن العمليات الذاتية مثلا الأفكار والتخيلات لايمكن أن تمثل علاقة السبب بالنسبة للسلوك وانما هى أحداث ترتبط بالسلوك الذى يعتبر دالة (نتيجة) للنتائج الخارجية. وفى شكل جازم فان وجهة نظر الاشتراط الاجرائى تفترض انه بعيدا عن التأثيرات الوراثية فان السلوك البشرى تحكمه تماما الأحداث البيئية والتى تعتبر بعيدة تماما عن تحكم الفرد ومبسطه.

كذلك فقد اعتمد سكينر فى بحوثه على دراسة الكائن الفرد وعلى اعادة وتكرار القياسات على نفس الفرد الذى تجرى عليه التجربة تحت ظروف تجريبية عالية الضبط. ويرفض سكينر الأخذ بطريقة المقارنات الاحصائية بين مجموعات من الحالات (أفراد البحث) مبرراً ذلك بأن المتوسطات لا تعكس السلوك الحقيقى للحالات الفردية. وقد سُميت طريقة التحليل التجريبي للسلوك تميزا لها عن الطريقة العلمية التقليدية فى التحليل الاحصائى لبيانات مجموعة من المجموعات. وانطلاقاً من هذه التسمية

عرفت التعديلات التي أدخلت على طريقة سكرن لاستخدامها في المشكلات الانسانية بالتحليل السلوكي التطبيقي. Applied Behaviour Analysis.

٥- العلاج السلوكي: الانطلاقة العلمية:

على الرغم من تلك التجارب الرائدة في محاولة علاج بعض المشكلات كتلك التجريبية التي قامت بها ماري كوفر جونز (١٩٢٤) والتي سبقتها تجرية واطسون وراينر (١٩٢٠) فان العلاج السلوكي صار بسيطه شديد فيما بين العشرينات والخمسينيات من القرن العشرين نتيجة لسيطرة العلاج التقليدي (التحليل النفسي) ورفض أصحاب المدرسة التقليدية لآراء المدرسة السلوكية التي خرجت بكثير من آرائها من التجارب التي أجريت على حيوانات قائلين أن هذه الآراء بسيطة وغير مناسبة لعلاج المشكلات التي تواجه البشر.

غير انه بعد الحرب العالمية الثانية ارتفعت اصوات الانتقاد بشدة ضد المدرسة التقليدية ووضح كثير من الباحثين عدم وجود أدلة على جدوى التحليل النفسي (ايزنك ١٩٥٢، وليفيت ١٩٥٧ Levitt) وقد حاول دولارد وميلار (١٩٥٠) Dollard and Miller ترجمة نظرية التحليل النفسي الى لغة المثير والاستجابة في نظرية التعلم ولم تكن لهذه المحاولة أثار أكثر من المساعدة على بقاء التحليل النفسي.

وفي أواخر الخمسينيات شهد مجال الأمراض النفسية تحولاً هاماً ببنين آراء المدرسة السلوكية في تفسير السلوك كوجهة جديدة في علم النفس أو نموذج علمي paradigm ووجدت آراء ولييه وايزنك وسكرن طريقها للتطبيق في المجال العلاجي. وشهد عقدا الستينيات والسبعينيات تطورات كبيرة في مجال العلاج السلوكي حيث تجاوز مرحلة الاعتماد على قواعد الاشراف

الكلاسيكي والاجرائي التي استنتجت من البحوث المختبرية على الفئران والحمام. وقد اطلق جون كرمبولتز 1964 Krumboltz اصطلاح الانطلاقة العلمية على عصر يسوده العلاج السلوكي.

التصورات الراهنة في مجال العلاج السلوكي:

يشهد العلاج السلوكي في الوقت الحاضر مجموعة من التصورات النظرية والتي نعرضها فيما يلي، على أنه من الهمية بمكان ان نتذكر انه على الرغم من عرضها بمعزل عن بعضها لكنها ليست متعارضة تماما ويمكن النظر اليها على انها تركز على جوانب مختلفة.

١- التحليل السلوكي التطبيقي Applied Behavior Analysis

تتسق هذه الفكرة من الناحية الفلسفية مع النظرية السلوكية عند مكينر (١٩٥٣) وتعتمد على قواعد وأساليب الاشراف الاجرائي وقد استخدمت أساساً مع الأفراد الذين لديهم طاقات معرفية (عقلية) محدودة وحيث يعتقد ان البيئة لها تأثير في وجود سلوك المشكلة. وقد استخدمت هذه الاساليب بشكل مركز مع الاطفال الصغار والمتخلفين عقليا، والمرضى الذهانيين في المستشفيات.

٢- طريقة المثير والاستجابة الحديثة

تستمد هذه الطريقة من الاسهامات الرائدة لكل من ولييه وأيزنك وتحاول أن تستخدم نظرية المثير والاستجابة لكل من بافلوف، جاتري، هل، مورر وميلر في علاج المشكلات العيادية. وعلى النقيض من نظرية الاشراف الاجرائي التي ركزت تماما على السلوك الظاهر (الشاهد) فانها تعطي اهمية للمتغيرات الوسيطة في تفسير وتعديل السلوك الانساني. على سبيل المثال فانها تفترض أن الاختلالات العصبية تنتج عن باعث للقلق أو الخوف. والقلق هو تكوين فرضي لا يمكن مشاهدته بشكل مباشر. ويرتبط

بهذه الطريقة أو هذا التصور (المثير والاستجابة) طريقة التلخيص التدرجى من الحساسية التى تستخدم بشكل واسع فى علاج القلق والخوف.

٣- طريقة العلاج المعرفى السلوكى Cognitive Behavior therapy

تعتبر هذه الطريقة من أحداث التصورات فى مجال العلاج السلوكى. وهى تستند على افتراض أساسى يؤكد على أهمية العمليات العقلية أو الترميزية فى تنمية السلوك المرضى والإبقاء عليه وتعديله أيضا (ماهورنى Mahoney ١٩٧٤). ومن المفاهيم الأساسية فى هذه النظرية الإدراكات الذاتية للفرد عن الأحداث وتفسيراتها وأسماها السلوكية فيها وتقاريره الذاتية، واستراتيجياته العقلية. ومن أهم الأساليب المستخدمة فى هذه الطريقة أسلوب إعادة البنية المعرفية Cognitive Restructuring وتقوم فكرة هذه الأساليب على أن التفكير غير العقلانى له تأثير كبير على الآثار النفسية المرتبطة بحدث ما، وكذلك الخطأ فى تفسير النتائج. وتختلف الأساليب من الاعتماد على الجانب العقلى تماما مثل المجادلة العقلية والتحليل المنطقى إلى استخدام الأساليب السلوكية المباشرة.

٤- نظرية التعلم الاجتماعى Social Learning theory

عرض البرت باندورا (١٩٦٩) Bandura فى كتابه المرجعى عن تعديل السلوك اشمل وأدق حصر للعلاج السلوكى المعاصر فى اطار تصورى لنظرية التعلم الاجتماعى.

ومما يميز نظرية التعلم الاجتماعى انها جمعت بين المداخل الثلاث التى سبق عرضها والتى اهتمت بالسلوك الاجرائى (مسكنر) والإشراط الكلاسيكى (ولبيه) والجوانب العقلية (المعرفية) وذلك فى اطار نظرى واحد (باندورا ١٩٧٧). أما الميزة الثانية لنظرية التعلم الاجتماعى فهى افتراضها

أن الأداء السيكولوجي يشتمل على تفاعل متبادل بين ثلاث مجموعات من العوامل هي السلوك، العوامل المعرفية، التأثيرات البيئية والتي يوضحها الشكل التالي.



حيث يوضح الشكل أن الشخص لا توجه القوى الداخلية كما انه ليس منفعلا سلبيا للضغوط الخارجية وإنما هو محرك وموضوع لتأثير البيئة. والميزة الثالثة لهذه النظرية هي اعتبارها ان الشخص عامل اساسي للتغيير حيث تركز على طاقة البشر في التوجيه الذاتي لتغيير السلوك.

٥- العلاج المتعدد الوسائط Multimodal Behavior therapy

طور هذه النظرية أرنولد لازاروس (1976) Lazarus. وفي هذه الطريقة يجرى تحليل المشكلات الكلينيكية الى سبع مكونات اساسية تتفاعل مع بعضها (Modality) والتي تجمعها حروف الكلمتين BASIC ID وهي السلوك Behavior، الوجدان Affect، الاحساس Sensation، التخيل Imagery، المعرفة Cognition، العلاقات الشخصية Interpaersonl، العقائير Drugs. ثم يركز العلاج بعد ذلك على مشكلات محددة داخل كل مكون من هذه المكونات.

ان هذه المداخل النظرية والاجرائية المختلفة تجمعها خطوط تقرب بينها تجعلها تنتمي جميعا للعلاج السلوكي. ومن ابرز هذه الخطوط فرضان اساسيان يقوم عليهما العلاج السلوكي هما:

- ١- ان العلاج السلوكى يقوم على نموذج سيكولوجى للملوك الانسانى يختلف جذرياً عن النموذج السيكوندينامى التقليدى فى تفسير الامراض النفسية
- ٢- الالتزام بالمنهج العلمى والقياس والتقويم.

خصائص العلاج السلوكى:

يتصف العلاج السلوكى بمجموعة من الخصائص تميزه عن طرق العلاج الأخرى وبصفة خاصة العلاج النفسى التقليدى القائم على اساس نظرية التحليل النفسى والتي كانت تعتبر النظرية السائدة فى مجال الطب النفسى السائدة وعلم النفس الكلاينيكى الى منتصف الأربعينات. ويحدد ريم وماسترز (١٩٧٩) Rimm & Masters الخصائص الأتية باعتبارها افتراضات يقوم عليها العلاج السلوكى.

- ١- يميل العلاج السلوكى الى التركيز على الاعراض اكثر من التركيز على أسباب فرضية: وقد كان العلاج التقليدى مثل مدرسة التحليل النفسى التى انشأها سيجموند فرويد يقوم على اساس من الاقتناع بوجود أسباب تكمن فى مراحل النمو المبكرة هى التى تؤدى الى الاضطراب والمرض النفسى وأن معرفة هذه الاسباب المولدة للأعراض التى يأتى بها المريض الى العيادة والقضاء عليها هو الاساس فى العلاج النفسى. ولان المعالج الذى يستخدم اسلوب التحليل النفسى يكون لديه اقتناع بان هذه الاسباب مخزونة فى اللاشعور فانه يعمل جاهدا لمساعدة المريض على استحضار ما فى هذا "اللاشعور" الى حيز الشعور الأمر الذى قد يستغرق سنوات. والطريقة التى تركز على الأسباب التى تقف وراء الأعراض يطلق عليها اصطلاح النموذج الطبى Medical Model.

أما المعالجون السلوكيون فانهم يرون أن الاهتمام ينبغى أن يوجه نحو الملوك موضوع المشكلة أو موضوع انشغال المريض اكثر من الاهتمام

بالاسباب الكامنة وراء السلوك. وإن اهتمام المعالج يجب أن ينصب على تناول هذا السلوك بالتغيير أكثر من بحثه عن الأسباب أو محاولة القضاء عليها.

٢- يفترض العلاج السلوكى أن السلوكيات المضطربة تكون مكتسبة إلى حد بعيد عن طريق التعلم بنفس الطريقة التى يتعلم بها الفرد أى سلوك آخر: حيث تركز نظريات العلاج السلوكى على أن الانسان هو نتاج البيئة التى يعيش فيها، وبذلك فإن قوانين التعلم التى يستفيد منها العلاج السلوكى تفسر لنا أيضا كيف تؤثر البيئة على الانسان.

ورغم الاختلاف بين الملوك التوافقى والسلوك غير التوافقى فى تأثيرها على الافراد فإن المعالجين السلوكيين ينظرون لكلا النوعين من الملوك على أنها مكتسبة بالتعلم ويخضعان لنفس القواعد فى التعلم.

غير أن هؤلاء المعالجين قد بدأوا فى الأونة الأخيرة فى الاهتمام بالجوانب البيولوجية والعضوية لدى الفرد وما تحدثه من أثر ترتبط بالسلوك غير التوافقى. ذلك أن بعض السلوكيات غير المتوافقة التى تعقب حدوث إصابة فى المخ على سبيل المثال لا يكون من الممهل علينا أن نقول عنها انها ناتجة عن التعلم.

٣- يفترض العلاج السلوكى أن الأسس النفسية وبصفة خاصة قواعد التعلم يمكن أن تفيد كثيرا فى تعديل السلوك غير المتوافق: حيث انه كلما كانت الاستجابات غير المتوافقة ناتجة عن التعلم كلما كان من الممكن تعديلها أيضا باستخدام قواعد التعلم. غير أن دافيسون (١٩٦٨) Davison يرى أن امكان تغيير استجابة من خلال التعلم لا يبرهن على كونها قد اكتسبت من خلال التعلم. وتعتبر قواعد الاشرط الكلاسيكى (بافلوف) وما نتج عنه من تطبيقات (وليه) وقواعد الاشرط الاجرائى (سكندر) وتطبيقاتها

وقواعد التعلم الاجتماعي (باندورا) وكذلك قواعد العلاج المعرفي السلوكي من أهم القواعد التي تستخدم في مجال العلاج السلوكي بجانب كونها تخدم المعالج في تفسيره للسلوك واستمراره.

٤- يتضمن العلاج السلوكي اعداد أهداف علاجية محددة وواضحة لكل فرد على حدة: لا ينظر العلاج السلوكي الى الاستجابات غير المتوافقة على انها ناشئة عن شخصية مضطربة، ومن ثم فلن يكون من اهداف المعالج أو العميل تسهيل اعادة تنظيم أو اعادة بناء شخصية العميل وانما بدلا من ذلك يكون الهدف هو المساعدة على التخلص من المشكلات المحددة التي تتدخل أو تشوش على أداء العميل.

وفي مجال العلاج السلوكي فان المعالج والعميل يشتركان في تحديد أهداف نوعية محددة للعلاج، وعادة فان مثل هذه الاهداف توضع في صورة أهداف تعليمية. فمثلا يمكن أن يكون من بين الاهداف التي توضع لشخص يعاني من القلق الاجتماعي على النحو التالي:

"بعد العلاج يصبح العميل قادرا على الوقوف أمام مجموعة لا تقل عن عشرة اشخاص والتحدث امامهم لمدة نصف ساعة دون أن تظهر عليه علامات القلق. ويقال في العلاج السلوكي أن المعالج يقوم بعملية تفصيل (تقطيع) tailoring للأهداف بما يناسب العميل ومشكلته".

٥- يرفض العلاج السلوكي النظرية الكلاسيكية للسمات: لقد قوبل مفهوم السمات traits بجدل وانتقادات شديدة، ويقصد بالسمات استعداد مسبق للقيام بسلوك معين في مواقف تختلف عن بعضها البعض. وكمثال لذلك نفترض انه في موقف يقدر الشخص (أ) على أنه أكثر عدوانية عن الشخص (ب) وهذا بدوره يحكم عليه أنه أكثر عدوانية من شخص ثالث (ج) هنا نجد

أن مفهوم السمة يقضى بأن هؤلاء الأشخاص سيكون عدوانهم فى مواقف أخرى غير الموقف الأول بنفس الترتيب السابق أى (أ) أكثر من (ب)، (ب) أكثر من (ج).... غير أن هذا الاتساق فى السلوك عبر المواقف لا يحدث إلا فى حالات نادرة كما تشير بذلك نتائج البحث التى أجريت فى هذا المجال. ونتيجة لذلك الوضع، فقد قامت بدائل أخرى لنظرية السمات وهى:

أ- الموقفية Situationalism

ب- التفاعلية Interactionalism

وتفترض الموقفية أن السلوك يكون تحت السيطرة المباشرة للمثير وبذلك فإنه يتحدد الى درجة كبيرة عن طريق الموقف نفسه، ومعنى هذا أن اتساق الاستجابة يكون على نحو ما دالة مباشرة لاتساق المثير أو اتساق البيئة. فإذا عدنا إلى المثال الخاص بسمة العدوان فإن الشخص (أ) يتصرف بعدوانية فى موقف مثير معين لأنه قد حدث لديه اشرط للتصرف بهذه الكيفية فى وجود هذ المثير. واصحاب فكرة الموقفية لا يرون مبررا جعلنا نتوقع أن الشخص (أ) سيسلك سلوكا عدوانيا فى بيئة مختلفة.

أما التفاعلية فقد أخذت موقفا وسطا، إذ يرى أصحابها أن السلوك يمكن أن ينظر اليه على أنه وظيفة تفاعلية للمثيرات الخارجية مع ما يظنقون عليه المتغيرات الشخصية (مثلا: الجوانب العقلية، والسمات، الحالة الفزيولوجية) ومن بين المدافعين عن فكرة التفاعلية ايزنك، باندورا، ميسكيل. وعلى سبيل المثال فإن كلا من ميسكيل وباندورا قد يرون أن السلوك العدوانى للشخص (أ) فى موقف معين قد اثير بمثير خارجى ولكن فقط بعد أن تم تشغيل المعلومات الخاصة بالمثير. وإذا نظرنا إلى المعالجين السلوكيين نجد أن المجموعة الأولى منهم كانوا يميلون إلى فكرة الموقفية

(مثلا سكونر) أما أولئك الذين يدخلون الجوانب المعرفية فى حسابهم مثل اصحاب مدرسة التعلم الاجتماعى (بانديرا وميسكيل) فانهم يفضلون التفاعلية فى تفسيرهم للسلوك. وبذلك فان المعالجين السلوكيين يرفضون جميعا النظرية التقليدية للسمات ويرون أن سلوك الشخص فى مجموعة واحدة من الظروف هو دليل ضعيف على كيفية استجابته فى موقف يختلف عنه اختلافا كبيرا.

٦- يقوم المعالج السلوكى باعداد طريقة العلاج بما يناسب مشكلة العميل: كثير من الطرق التقليدية فى العلاج النفسى تقدم طريقة واحدة اساسية فى العلاج دون أن تأخذ فى اعتبارها طبيعة المشكلة التى يعرضها العميل. فى طريقة التحليل النفسى، يفترض من المعالج أن المتاعب الحالية التى يعانى منها الفرد تنشأ من نقص الاستبصار بالخبرات المؤلمة التى مرت به فى الطفولة، وبذلك فان المعالجين الذين يستخدمون طريقة التحليل النفسى يتبعون اسلوبا واحدا فى العلاج للوصول الى هذا الاستبصار، وتقوم طريقتهم اساسا على مساعدة الفرد على استحضار ما فى اللاشعور الى حيز الشعور والتعامل معه من خلال التفسير الذى يقوم به المعالج. كما ينظر الذين يستخدمون طريقة روجرز فى العلاج المتمركز (المنعقد) على الشخص الى مشكلات الفرد للراثة على انها تشير الى حاجته للاعتبار الإيجابى غير المشروط وان وجود شروط الأهمية يحول بينه وبين التعامل مع بعض الخبرات التى لا تنمق مع ذاته. ومن هنا فان المعالج يحاول أن يوفر علاقة مع المسترشد تكون خالية من شروط الأهمية كاسلوب اساسى فى العلاج.

أما العلاج السلوكى فانه يفترض تشخيصا متنوعا بالنسبة للمشكلات التى تقابله ولا يوجد افتراض مسبق مؤاده ان خبرات الطفولة هى المؤدية للسلوك المضطرب (غير المتوافق) ولا أن مفهوم الذات المنخفض هو السبب

فيه، ومن هنا فانه لا يلتزم بطريقة واحدة في العلاج وانما يستخدم طرقاً متنوعة، وهذا يتوقف على طبيعة المشكلة: وعلى سبيل المثال فان الخوف يمكن علاجه باستخدام اسلوب التخلص المنظم من الحساسية أو باستخدام اسلوب الغمر Flooding أو اسلوب التفجير الضمني للداخلى Implosion أو باستخدام النماذج للسلوكية Modeling أو غيرها ولهذا يقول المعالجون السلوكيون انهم يقومون بعملية تفصيل لطرق العلاج لكل فرد على حدة بما يناسب ظروفه ومشكلته.

٧- يقوم العلاج السلوكى على مبدأ هنا والآن: فى كثير من الاحيان فان الافراد الذين يحضرون للعلاج تكون لديهم توقعات أن يسألهم المعالج عن خبرات الطفولة بشكل مفصل. لكن فى الواقع فان هذا الاسلوب كان دأب المدرسة التقليدية فى التحليل النفسى أما فى العلاج السلوكى فان المعالج لايركز على خبرات الطفولة وانما يركز على السلوك الموجود الآن وعلى البيئة أو الظروف التى يحدث فيها وان كان ذلك لا يمنع من التعرف على الماضى ولكن دون تركيز كبير عليه.

٨- يهتم العلاج السلوكى بالجانب التجريبي: يؤكد العلاج السلوكى على أهمية اتباع المنهج العلمى كاسلوب للوصول الى النتائج التى تساعد على تحقيق فنيات وأساليب العلاج. وفى المعتاد أن يهتم المعالج بتحديد خط البداية والذى يمثل القاعدة للسلوك موضوع التغيير كما يهتم بتحديد خط النهاية وتقييم نتائج العلاج وبذلك يتسنى له اجراء المقارنات.

أخلاقيات العلاج السلوكى:-

العلاج والارشاد النفسى عمل متخصص يحتاج الى حماية ورعاية من داخل مجتمع القائمين به وهم المرشدون والمعالجون وكذلك من جانب المجتمع الاكبر الذى يمارس فيه. ولهذا فان الممارسين للعلاج والارشاد

يتقنون على مجموعة من المبادئ الاخلاقية (ميثاق شرف) يلتزمون بها.
ومن هذه المبادئ:

(١) العلم والخبرة:

فالمرشد أو المعالج يبني عمله على اساس من مجموعة من العلوم التي يستند اليها العلاج والارشاد والتي تساعده على فهم البشر لنموهم واضطراباتهم ومشكلاتهم النفسية والشخصية والاجتماعية، وهذه العلوم يتلقاها في دراسة جامعية موجهة نحو اعداد الدارسين لممارسة العلاج أو الارشاد كذلك لابد للمعالج أو المرشد من مهارات يستعين بها في عمله كمهارات المساعدة والمقابلة والملاحظة والعمل مع الافراد ومع الجماعات والمهارات الكلينيكية في تشخيص الأمراض والمشكلات ومهارات علاجية... وتقضى القواعد الاخلاقية ألا يدعى المرشد أو المعالج النفسى نفسه علما أو خبرة ليست عنده. كما تقضى هذه القواعد بأن يسعى المعالج أو المرشد النفسى الى الاستزادة من العلم والخبرة ما أمكن ذلك سواء كان ذلك بحضور البرامج الدراسية أو المؤتمرات أو ورش التدريب المتخصص أو بالتشاور مع زملائه والاطلاع على ما يصدر من بحوث ومجلات علمية متخصصة وإذا كان المعالج أو المرشد فى موقع يقوم به بتعليم غيره أو تدريبيه فان عليه أن يبذل أقصى ما فى وسعه فى عمله التعليمى أو التدريبى بحيث ينقل أقصى ما يمكن من علم أو خبرة للمتعلمين.

٢- العمل لمصلحة العميل أو المريض :

ولأن العمل العلاجى والارشاد يقوم على مبدأ مساعدة البشر فى سبيل تحسين ظروفهم والتخلص من مشكلاتهم فان المعالج والمرشد ملتزمان بالعمل لمصلحة العميل ورفاهيته. فاذا تعارضت مصلحة العميل مع مصلحة

الهيئة التي يعمل لحسابها فإن عليه أن يظل على ولائه لمصلحة العميل أو ينسحب من العلاج.. وفي سبيل تحقيق هذا الهدف فإن المعالج أو المرشد لا يقيم على اجراء يكون من شأنه إلحاق أى ضرر بالعمل، كما يجب عليه أن يخبر العميل بالاجراءات التي يتبعها معه والنتائج المتوقعة من هذه الاجراءات وإذا كان يعلم أنه سيستخدم بعض الطرق الشديدة مثل العلاج بالتنفير أو الصدمات فإن عليه أن يحصل على موافقة العميل على استخدامها وعلى أن تكون هذه الموافقة كتابية (خطية) ومبنية على معلومات كافية يعطيها المعالج للمريض لتوضيح اثار العلاج وبصورة يطمئن منها المعالج أن العميل قد استوعبها.

٣- سرية المعلومات:

يقوم العلاج والارشاد النفسى على اساس من علاقة إرشادية وعلاجية يكتسب فيها العميل أو المريض الأمن الذاتى والثقة فى المعالج. وهذه العلاقة هى التى تسهل فى الواقع عملية العلاج بل وتسرع فى نتائجها الايجابية.. فالعلاج والارشاد يقومان اساسا على مبدأ خذ، وهات وعلى اساس من معلومات صريحة ونقية من جانب العميل وجهد مخلص من جانب المعالج. ولهذا فإن العميل لكى يبوح بتلك المعلومات التى قد تمثل جوانب لا يبوح بها لأحد حتى لقرب الناس إليه فإنه يحتاج الى أن يطمئنه المعالج أن هذه المعلومات لن تتاح لأحد غير المعالج نفسه وأنه إذا نشأت حاجة إلى ذلك فلن يتم هذا إلا بموافقة وان من العميل نفسه (إذا كان راشداً)... ويشمل مبدأ السرية بصفة عامة على:

أ- كل ما يجرى وما يقوله العميل فى موقف الارشاد أو العلاج يعتبر سراً كاملاً لا يجوز الإفصاح به لأى شخص أو جهة إلا بأذن كتابى من العميل.

ب- واستثناء من القاعدة السابقة فإنه يجوز للمعالج أن يخرق مبدأ السرية إذا تبين أن العميل ينوى أن يلحق ضرراً أو يمثل خطراً على نفسه أو على آخرين أو على المجتمع ويكون ذلك الاقصاد للمختصين والسلطات المختصة.

ج- وإذا كان المعالج أو المرشد ممن يقومون بالتدريس في الجامعات وأراد أن يعرض بعض الأمثلة العلاجية فإن عليه أن يغير تماماً من معالم الشخصية ولا يظهر الاسم تحت أى ظرف من الظروف.

وينبغي أن يوضح المرشد للعميل مبدأ السرية وضوح تام وحدود هذا المبدأ وكيف يتم حفظ الأوراق والمستندات وغيرها مما يشتمل على معلومات معينة.

4- مبدأ التدرج:

من المبادئ الأساسية في العلاج السلوكي أن يكون هناك تدرج في استخدام الأساليب العلاجية فنبداً بالأساليب الأكثر قبولاً للنفس البشرية مثل التدعيم ولا نستخدم أساليب مثل الغمر أو الاضطرار التفتيري والعقاب إلا عندما تعجز الطرق الخفيفة.

5- مبدأ اشتراك العميل في تحديد أهداف العلاج ووسائله:

وهذا المبدأ من المبادئ الهامة في العلاج السلوكي حيث يشترك العميل مع المعالج في تحديد الأهداف النوعية المتصلة بحالته والتي يسعى العلاج أو الارشاد الى تحقيقها وكذلك في تحديد الطرق التي ستستخدم، وبالطبع فإن هذا المبدأ يستخدم مع العميل على قدر ما تسمح به قدرته الذهنية وسنه فإذا لم يكن في حالة تسمح له بذلك فإن ولي أمره يحل محله في هذا الجانب.

٦- احترام المعالج لزملاء المهنة:

يلتزم المعالج أو المرشد باحترام زملائه في المهنة وما يبدونه من آراء، وفي حالة علمه بوجود أخطاء أخلاقية في الممارسة فإن عليه أن يبدأ أولاً بنصح زميله فإذا لم يستجيب لهذا التنصح رفع الأمر لجهة الاختصاص.

كذلك فإن المعالج أو المرشد غالباً ما يكون عضواً في فريق للإرشاد أو للعلاج لذا يجب عليه أن يحترم أعضاء الفريق وتخصص كل منهم وألا يحاول التقليل من شأن أي تخصص أو أي عضو وأن يعمل بروح الفريق جاعلاً نصب عينيه الهدف أو الأهداف العلاجية أو الإرشادية للعميل.

٧- انتهاء العلاقة عند الضرورة:

إذا اتضح للمعالج أن المريض لا يحقق استفادة من العلاج أو إذا اتضح للمعالج أن الجهات التي يعمل بها تستخدم خدمات العلاج أو الإرشاد بأساليب تؤثر على المريض أو العملاء فإن عليه أن ينهي العلاقة الإرشادية.

٨- تجنب العلاقة المزدوجة:

فيما عدا حالات الضرورة لا يجوز للمعالج أو المرشد أن يدخل في علاقة مزدوجة مع العميل أو المريض ومن مثل هذه العلاقة أن يكون العميل مرموساً أو رئيساً له أو يكون شريكاً له في تجارة أو مشروع أو صديقاً له أو من أقاربه. كما ينبغي عليهم ألا يخلوا لمثل هذه العلاقات أثناء العلاج أو الإرشاد.

٩- مراقبة الذات:

يدرك المرشد أو المعالج أن عمله قد يؤثر على سلوك العميل أو قراراته وهو لذلك يراقب تصرفاته الذاتية وتصرفات العميل نحوه وعليه إذا وجد أن سلوكه أو سلوك العميل قد اتجه بالعلاقة اتجاهها شخصياً أن ينهي

العلاقة. كذلك فإن المعالج أو المرشد عليه أن يستشير زميلاً آخر في المهنة عندما يلزم تغييراً في سلوكه الشخصي...

١٠- استخدام الاختبارات وأدوات القياس:

عندما يستخدم المرشد أو المعالج اختبار من الاختبارات النفسية فإن العميل يكون من حقه أن يعرف الغرض من استخدام الاختبار ونتائج الاختبار وتفسير هذه النتائج بطريقة ولغة يفهما العميل أو المريض فيما عدا لو كانت هذه الاختبارات بغرض القبول في وظيفة أو مدرسة وكان ذلك معروفاً قبل الاختبار، كذلك يلتزم المرشد أو المعالج بأن يستبعد من ملف الطالب أى نتيجة للاختبار أو الاختبار نفسه إذا كان من المحتمل أن يساء استخدامها في أى غرض وإذا لم يعد لهذه الأرقام أهمية في البرامج الخاصة بالعمل.

١١- البحوث والدراسات:

عند قيام المرشد أو المعالج ببحوث على العملاء أو المرضى فإن هذا لا يتم إلا بإذن كتابي من العميل وهذا الآن يكون صادراً من العميل بناءً على معلومات كافية عن طبيعة البحث وألا يشتمل البحث على ما يلحق أى ضرر بالعمل أو يترتب عليه نتيجة ضارة به في وقت لاحق وإذا حدث مثل هذا الضرر، فإن على المعالج أن يعمل على تصحيحه كلما أمكنه ذلك.

المراجع

المراجع العربية

محمد عثمان نجاتى: القرآن وعلم النفس - دار للشروق - القاهرة ١٩٨١
محمد محروس الشناوى: نموذج تهذيب الاخلاق عند الغزالي، ومقارنته
بنموذج العلاج السلوكى الحديث. رسالة الخليج العربى العدد
(٢٢) - ١٩٨٧م

المراجع الاجنبية:

- Bandura, A. (1977) Social Learning Theory. Englewood cliffs:
Prentice - Hall.
- Eysenck, H.J., and Rachman, S. (1965) The Causes and Cures of
Neurosis. London: Routledge and Kegan Paul.
- Hull, C., (1943) principles of behavior, New York; Appleton - century.
- Jones, M.C. (1924) Elimination of children's fears.. journal of
Experimental Psychology, 1:383-390.
- Lazarus, A.A. (1976) Multimodel behavior therapy, New York;
Springer.
- Mohoney, M.J (1974) Cognition and Behavior modification,
Cambridge, mass: Ballinger
- Miller, N.E. (1948) Studies of fear as an acquirable drive. I. Fear as
motivation and fear reduction as Reinforcement in the
learning of new responses, Journal of Experimental Psychology 38:89-101
- Mowrer, O.H. (1946) On the Dual Learning of learning a
seinterpretation of "conditioning" and "Problem solving".
Harvard Educational Review 17:102-148
- Pavlov, I.P (1927) conditioned Reflexan: An invastigation of the
Phyiological activity of the cerebral Cortex, New York:
Oxford university Press.

- Skinner, Po. F (1953) Science and human behavior. New York: Macmillan.
- Watsom, J. B., and Rayner, R. (1920) Canditioned emotianal Reactions. Journal of Experimental Psychology 3:1-14
- Wolpe, J. (1958) Psychotheray by Reciprocal Inhibition, Stanford: Stanford university Press.

الفصل الثاني

أسس تقدير السلوك Behavior Assessment

تشمل عملية العلاج السلوكى على مجموعة من الخطوات المتتابعة وهى:

١- تقدير السلوك أو تحليل السلوك.

٢- تحديد الاهداف العلاجية للفرد

٣- اختيار طريقة للعلاج.

٤- تطبيق طريقة العلاج المختارة.

٥- تقويم نتائج العلاج.

وبذلك فان المهمة الأولى التى يقوم بها المعالج السلوكى* هى تحديد المشكلات التى يعانى منها العميل، ولايكفى أن نقول على سبيل المثال أن هذا الشخص عصابى Neurotic وانما يكون ضروريا أن نحدد سلوكيات الفرد التى ينبغى تعديلها وكذلك السلوكيات التى يفترق إليها ويحتاج إلى اكتسابها (تعلمها). ويتم عملية تحديد المشكلات من خلال إجراءات خاصة تعرف بتقدير السلوك Behavior Assessment أو تحليل السلوك Behavior Analysis.

وتهدف عملية تقدير السلوك إلى تحديد العيوب السلوكية والسلوكيات غير المناسبة ومدى تكرار حدوثها فى مواقف متنوعة. واهم مايقوم به المعالج فى هذه العملية هو تحديد السلوكيات موضوع العلاج بطريقة متكاملة لاأنتزك مجالا للتشكك فيما إذا كانت قد حدثت بالفعل. وعلى سبيل المثال: إذا كان المعالج مهتما بمدى خوف الشخص من التواجد فى أماكن مرتفعة فانه

* سوف يستخدم المؤلفان مصطلحات المعالج والمرشد بصفة متبادلة كما يستخدم مصطلحات المريض والعميل والمرشد والفرد بصورة متبادلة أيضا.

قد يهتم بمعرفة التغير فى ضربات القلب لدى هذا الشخص حال وجوده فى هذه الاماكن وعلى ارتفاعات مختلفة. وبذلك يمكن تحديد الخوف فى صورة استجابات فيزيولوجية. كذلك قد يلجأ إلى معرفة الارتفاع الذى يمكن لهذا الفرد أن يصعد إليه منفردا. كذلك إذا أراد أحد المعالجين أن يتعرف على سلوك الترتيب والنظام لدى أحد الاطفال فإنه قد يقيم هذا السلوك فى صور متنوعة مثل اهتمام الطفل بترتيب سريره وكذلك تعليقه لملابسه فى امكانها الخ... والذى يهمنا أن نؤكد عليه هو أن تقدير السلوك يركز على سلوكيات موضوعية يمكن قياسها. ويتعامل تقدير السلوك مع السلوكيات والعلاقات بينها، ويتجنب وضع الناس فى تراكيب أو فئات لا يمكن ملاحظتها أو قياسها بشكل مباشر. وعلى سبيل المثال إذا قال الفرد الذى نعالجه أنه يكون "متوترا أو مشدودا" فى معظم الأوقات فإن تقدير السلوك فى هذه الحالة يركز على جوانب القوة وجوانب الضعف فى سلوكه بما فى ذلك مهاراته الاجتماعية، مهاراته المهنية، وأفكاره ومشاعره الخ... والتى قد تؤدي إلى أن يكون الشخص "مشدودا"، ولا يوجد أى داع فى العلاج السلوكى يدعونا أن نضيف إلى هذا التقدير تراكيب أو سميات مثل قوة الأنا، مفهوم الذات، أو النمو النفسى الجسمى كما يحدث فى نظريات أخرى للعلاج.

كذلك فإن تقدير السلوك يقلل إلى أقصى درجة من عملية وضع الأشخاص فى تصنيفات مرضيه (باتولوجية)، ذلك أن تقدير السلوك لا يهتم أساسا بأى نوع من الأنواع من الأشخاص يكون هذا العميل؟ وإنما اهتمامه الاساسى هو "ماذ يفعل؟" أى ماهى سلوكياته.

وعملية وضع الأشخاص فى فئات أو وضعهم تحت لافئات مثل "فصامى" أو "هذائى" قد ينتج عنه العديد من المشكلات، ذلك أن القائم بالعلاج السلوكى أو بتعديل السلوك سواء كان معالجا أو مرشداً أو أى متخصص

آخر يعمل مع الفرد قد يصوغ سلوكه المهني مسبقاً على أساس هذه اللاحقة أو هذا المسمى. وكذلك الحال بالنسبة لغير المتخصصين مثل المدرسين والمراقبين الذين يعملون في المدارس والمؤسسات وكذلك زملاء الشخص نفسه. وهؤلاء جميعاً قد يتجاهلون جانباً أوجانب هامة من سلوك الشخص أو يفترض عن خطأ أن هذا الشخص سيتصرف بنفس الطريقة التي يتوقعونها من الأشخاص الذين يوصفون تحت نفس المسمى أو نفس اللاحقة (نفس التشخيص). وبالإضافة إلى ذلك فإن وضع اللاحقات والمسميات على الأشخاص قد تفرض عليهم نوعاً من الوصمة الاجتماعية Stigma أو تسبب الخوف والقلق للشخص نفسه وينجم عن ذلك في بعض الأحيان أن يتصرف الشخص على النحو الذي يتوقع الآخرون أن يتصرف به بناء على وضعه في فئة معينة. ومن هنا فإن المعالجين السلوكيين يتحاشون إعطاء مسميات مثل "صامى بارنودى" أو "غير متوافق اجتماعياً" أو "بطيئ التعلم" - وغير ذلك من المسميات.

وتختلف الطريقة التي يتم بها تقدير السلوك اختلافاً كبيراً باختلاف نوعية العميل ونوعية المشكلات، فقد يتم تقدير السلوك باستخدام الملاحظة المباشرة أو غير المباشرة أو من خلال المقابلة أو التسجيل الذاتى أو تمثيل الأدوار أو غير ذلك.

ويتوقف نجاح الأسلوب المستخدم لتقدير السلوك بشكل كبير على وجود علاقة علاجية (أو إرشادية) مهنية جيدة مع العميل بحيث يمكن للمعالج من خلالها أن يدرك ويفكر ويشعر من موقع العميل نفسه (أو حسب تعبير كارل روجرز من الأطار المرجعى للعميل) ومعنى آخر أن تقوم العلاقة بين المعالج (المُرشد) والعميل على أساس من المشاركة.

نماذج تقدير السلوك:

هناك عدد من النماذج التي تستخدم في مجال العلاج السلوكي والتي تصور لنا الجوانب التي تشتمل عليها عملية تقدير السلوك ولعل من أشهر هذه النماذج النموذج التتابعي المعروف بالحروف الثلاثة A.B.C حيث يشير الحرف A إلى الأحداث السابقة (المقدمات)، والحرف B إلى السلوك نفسه موضع التقدير، والحرف C إلى الأحداث التي تعقب السلوك، وهذه الحروف هي الحروف الأولى للكلمات للثلاث - Behavior - Antecedents - Consequences وقد قدم كورميير وكورميير (١٩٨٥) وصفا لنموذج قائم على هذا التتابع. كذلك فقد قدم ارنولد لازاروس (١٩٧٦) نموذجا لتقدير السلوك قائم على اساس من نظريته في العلاج والمعروفة بالعلاج المتعدد الوسائط Multimodal Therapy حيث يستخدم لازاروس سبعة أحرف للإشارة إلى مكونات هذا النموذج ووصفها في كلمتين هما BASIC ID حيث يشير الحرف B إلى السلوك Behavior والحرف A إلى الوجدان Affection والحرف S إلى الاحساس Sensation والحرف I للتخيل Imagery والحرف C إلى الجوانب المعرفية (العقلية) cognition، والحرف I إلى العلاقات الشخصية Interpersonal والحرف الأخير وهو الحرف D إلى العقاقير Drugs.

وسوف نتناول بالتفصيل النموذج التقليدي التتابعي - المقدمات - السلوك - النتائج. ويفترض كورميير وكورميير للذان بنيا نموذجا على اساس هذا التتابع يتضمن الفروض الآتية:

- ١- أن معظم السلوك متعلم.
- ٢- أن اسباب المشكلات وبالتالي اساليب علاجها ذات ابعاد متعددة.
- ٣- ينبغي أن ننظر للمشكلات نظرة اجرائية.

٤- معظم المشكلات تقع فى محيط اجتماعى وترتبط وظيفيا بالاحداث السابقة (المقدمات) والاحداث اللاحقة (النتائج) سواء كانت هذه الاحداث داخلية أى داخل الشخص نفسه أو خارجية من البيئة.

١- الأحداث السابقة أو القَبْلِيَّة - المقدمات Antecedents

يرى ميسكيل (١٩٦٨) Mischel أن السلوك يتحدد موقفيا، بمعنى أن سلوكيات معينة يكون من المتوقع أن تحدث فى مواقف معينة، وعلى سبيل المثال فإن معظم الناس يقومون بشئون النظافة الشخصية فى الحمام ولا يفعلون ذلك فى الاماكن العامة أوحثى فى اماكن أخرى من المنزل. ونحن نلمس من واقع الحياة أن بعض المقدمات قد تولد ردود فعل إنفعالية أو فيزيولوجية مثل الغضب أو الخوف أو الفرح أو الاحساس بالصداع أو ارتفاع فى ضغط الدم. وتؤثر المقدمات على السلوك اما بزيادة أو نقصان احتمال حدوثه. وعلى سبيل المثال نجد أن الطفل يسلك فى المدرسة سلوكا غير الذى يسلكه فى البيت.

أن الأحداث التى تقع قبل السلوك مباشرة يكون لها تأثير على هذا السلوك الذى نشاهده أو سلوك المشكلة - كذلك فإن مثل هذا التأثير قد يحدث عند احداث ليست قريبة فى زمن وقوعها من السلوك. وهذه الاحداث التى تقع مباشرة قبل سلوك المشكلة تعرف باسم المثيرات أو الأحداث المثيرة (أو المنبهة) Stimulus events وتشتمل على أى حالة خارجية أو داخلية تجعل السلوك يظهر أو لا يظهر أما الأحداث التى تكون بعيدة فى زمن وقوعها عن السلوك فإنها تعرف باسم الأحداث المهيئة Setting events وتشتمل على ظروف السلوك التى مر بها الفرد حديثا أو فيما مضى. وقد تكون الأحداث المهيئة قد انتهت قبل وقوع سلوك المشكلة ولكنها مثل الاحداث المثيرة قد تسهل أو تكبح حدوث المشكلة، ومن الاحداث المهيئة التى نأخذها فى الاعتبار عند تقدير المشكلات (تقدير السلوك): العمر، مرحلة النمو، الحالة

الفيزيولوجية للفرد، خصائص العمل الذى يعمل فيه، بيئة المنزل أو المدرسة، وينبغى فى جميع الأحوال أن يجرى التعرف على الأحداث المثيرة والمهينة وتدريبها لكل فرد على حدة.

وتشتمل الأحداث القبلية (المقدمات) ايضا على أكثر من نوع من الاحداث، فقد تكون مصادرها وجدانية (مشاعر وحالات مزاجية) أو بدنية (أحاسيس فيزيولوجية وجسمية)، أو سلوكية (لفظية، حركية)، معرفية (أفكار، معتقدات، تخيلات، حديث ذاتى)، موقفية (الزمن، المكان والأحداث المصاحبة)، علاقات (وجود أو عدم وجود ناس آخرين).

لو أخذنا على سبيل المثال شخصا ما يعانى من الخوف أو القلق من التواجد فى الاماكن العامة (فيما عدا البيت والعمل)، فقد تكون هناك مجموعة من مصادر الأحداث السابقة أى القبلية والتي تحرك كل جانب من جوانب سلوك المشكلة، مثلا للخوف من فقدان السيطرة والضبط (معرفى ووجدانى) تقارير سلبية عن الذات أو خطأ فى إدراك الذات والآخرين (معرفيه) والوعى بالأحاسيس والتغيرات البدنية والمرتبطة بالكر والخوف (بدنية)، البقاء إلى وقت متأخر وعدم تناول بعض الوجبات (سلوكية)، التواجد فى اماكن عامة أو الحاجة لحضور مناسبات عامة (موقفية)، غياب الآخرين نوى الإهمية مثل الأصدقاء وأفراد الأسرة (علاقات). كذلك هناك مجموعة من المصادر الخاصة بالأحداث القبلية تجعل مكونات قلق العميل أقل توقعا فى الحدث، فمثلا الشعور بالاسترخاء (وجدانية) والراحة (بدنية) وتناول الطعام بانتظام (سلوكية) ويعتبر الاعتماد على آخرين مثل الأصدقاء وافراد الأسرة (سلوكية) نقص الخوف من الانفصال عن الأسرة (وجدانية)، التقدير الإيجابى للذات والآخرين (معرفية)، توقع القدرة على التعامل مع المواقف

(معرفية)، غياب الحاجة للذهاب إلى الاماكن العامة (موقفية) واصطحاب شخص عند الذهاب للاماكن العامة (علاقات).

ومن المهم خلال هذه المرحلة من الارشاد أو العلاج - وهى مرحلة تقدير السلوك أو تقدير المشكلة أن نتعرف على مصادر هذه الأحداث القبلية (التي تقع قبل ظهور سلوك المشكلة) والتي يمكن أن تسهل حدوث السلوك المرغوب وكذلك التى لها صلة بالاستجابات غير المناسبة (سلوك المشكلة) ذلك أن المعالج أو المرشد يهمل أساساً أن يختار الطرق الإرشادية أو العلاجية التى من شأنها أن تسهل وتساعد على حدوث الاستجابات المرغوبة وتقلل من ظهور الاستجابات غير المرغوبة.

والخلاصة أنه يهملنا ألا نقصر التركيز على تلك الأحداث الظاهرة فقط أو التى تقع قبل السلوك الذى نهتم به مباشرة وإنما يجب أن نأخذ فى الاعتبار الأحداث الداخلية Overt مثل الأفكار والمشاعر كما قد نبتعد قليلاً أو كثيراً إلى الوراء ويصبح علينا فى بعض الاحيان أن نتعرف على تاريخ نمو الفرد.

٢- السلوك Behavior

يشتمل السلوك على الأشياء التى يقوم بها الفرد وكذلك الأشياء التى يفكر فيها. فالسلوك الظاهر overt هو السلوك المرئى أو الذى يكون واضحاً للأخرين مثل الكلام، التعبير غير اللفظى (الإيماء والابتسام)، والسلوك الحركى (مثل المشى وتناول الطعام والشرب وغيرها) أما السلوك غير الظاهر Covert فيشتمل على الأحداث التى تقع داخل الفرد ولا تلاحظ من خارجه ونحتاج أن نعرفها من العميل نفسه أو أن نستنتجها أحياناً من سلوكه، غير اللفظى. ومن أمثلة هذه الجوانب من السلوك الأفكار والمعتقدات

والتخيلات والمشاعر والأمزجة وأدس البدن، وفى الواقع فإن سلوك المشكلة لا يقع فى فراغ وإنما نجد أن معظم المشكلات التى يبيدها العملاء فى الارشاد أو العلاج إنما تمثل جزءا من سلسلة اكبر من السلوكيات وبالإضافة إلى ذلك فإن سلوك المشكلة يشتمل عادة على أكثر من مكون، فالعميل الذى يشكو من قلق أو اكتئاب إنما يستخدم هذا المسمى أو ذاك للتعبير عن خبرة تشتمل على جانب وجدانى (مشاعر وحالات مزاجية) وجانب بدنى (أحاسيس فيزيولوجية) وجانب سلوكى (ما يعمل العميل وما لا يعمل) وجانب معرفى (افكار ومعتقدات وتخيلات واحاديث ذاتية) وبالإضافة إلى ذلك فإن خبرة القلق أو الاكتئاب تختلف بالنسبة للعميل تبعا للجوانب الموقفية (الوقت - المكان - الاحداث الجارية) والجوانب الخاصة بالعلاقات مثل وجود أو عدم وجود اناس آخرين - وكل هذه المكونات قد ترتبط أو ترتبط بمشكلة معينة. فإذا عدنا إلى العميل الذى عبر عن القلق أو الخوف من التواجد فى الاماكن العامة فقد يبدو أن قلقه أو انشغاله بهذا القلق إنما هو جزء من سلسلة تبدأ بجانب معرفى (عقلى) حيث يفكر الفرد فى افكار تشغله ويتخيل نفسه وحيدا وغير قادر على المواجهة أو الحصول على مساعدة من الآخرين إذا دعت للضرورة لذلك، وهذا الجانب العقلى قد يودى إلى ضيق أو تعب بدنى وتوتر وإلى مشاعر للكدر والفرع. وهذه المكونات الثلاث، العقلية والبدنية والانفعالية تعمل معا لتؤثر على السلوك الظاهر. وفى السنوات الأخيرة كان هذا العميل يتجنب كل الاماكن العامة مثل الاسواق والمسارح فى حين يكون أدلوه على مايرام فى البيت فقط.

هنا يكون من الضرورى أن نحدد الأهمية النسبية لكل جانب من هذه الجوانب المتصلة بالمشكلة التى يعرفها العميل حتى نستطيع أن نحدد طرق الارشاد والعلاج المناسبة.

٣. الأحداث اللاحقة - النتائج Consequences

يقصد بنتائج السلوك تلك الأحداث التي تعقب السلوك ويكون لها تأثير عليه أو ترتبط به وظيفياً. ويمكن تقسيم النتائج إلى ايجابية وسلبية، فالنتائج الايجابية يمكن أن يشار إليها على أنها مكافآت أو معززات على حين أن النتائج السلبية يمكن أن نطلق عليها عقوبات. ومن شأن النتائج الايجابية (الاحداث المعززة) أن تبقى على السلوك أو تزيده، وهي عادة تقوى السلوك أو تبقى عليه عن طريق "التعزيز الايجابي" والذي يشتمل على تقديم حادث ظاهر أو غير ظاهر بعد السلوك مما يزيد احتمال حدوث السلوك مرة أخرى في المستقبل. وبصفة عامة فإن الناس يميلون إلى تكرار السلوكيات التي ينتج عنها آثار سارة. كذلك يمكن للنتائج الايجابية أن تبقى على السلوك عن طريق التعزيز السلبى وذلك باستبعاد حادث أو مؤثر غير سار نتيجة للسلوك مما يزيد احتمال أن يحدث السلوك ثانية. وبصفة عامة فإن الناس يميلون إلى تكرار السلوكيات التي تخلصهم من الاحداث المضايقة أو المؤلمة. كما أنهم يستخدمو التعزيز السلبى ايضا لتكوين سلوك للتجنب والهروب. ويبقى سلوك التجنب عندما ينتج عنه زوال حدث غير سار فمثلا البقاء فى المنزل (سلوك تجنبى) ينتج عنه التخلص من الخوف من التواجد فى الاماكن العامة وبذلك يزداد ميل الشخص الذى لديه مثل هذا الخوف إلى البقاء فى المنزل (تعزيز سلبى). أما للنتائج السلبية التي تعقب السلوك (العقاب) فانها تزيل أو تضعف السلوك. فالسلوك ينقص أو يضعف (ولو بشكل مؤقت) إذا عقبه حدث غير سار (عقاب) أو إذا استبعدنا أو اوقفنا شيئاً ايجابياً أو معززاً (العقاب السلبى أو ثمن الخطأ) أو إذا لم يعقب السلوك أحداث معززة (الانطفاء الاجرائى). وعلى الرغم من أن استخدام العقاب لتعديل السلوك له مساوئ عديدة فى الحياة الواقعية مثل الهروب من المنزل والعمل والمدرسة، فإن له استخداماته

الواسعة للتأثير على سلوك الآخرين. ويجب أن ينتبه المرشدون والمعالجون إلى تجنب استخدام أى سلوك لفظى أو غير لفظى يكون له وقع عقابى على العميل لان مثل هذا السلوك يؤدي إلى مشكلات لاداعى لها فى العلاقة الارشادية أو العلاجية وقد يؤدي إلى انتهاء الحالة بهروب العميل من موقف العلاج.

وكما ذكرنا فى جانب المقدمات والسلوك فإن النتائج أيضا تشتمل على أكثر من مصدر أو نوع من الاحداث منها قد تكون وجدانية أو بدنية أو سلوكية أو معرفية أو موقفية أو خاصة بالعلاقات. وفى حالة الشخص الذى تحدثنا عن خوفه من الامكن العامة فإن تجنبه لهذه الامكن ومايرتبط بها من مهام يستمر لأنه ينتج عنه خفض مشاعر القلق (وجدانى) والتوتر البدنى (بدنى) والانشغال (معرفى) وقد ينتج ايضا زيادة اهتمامه بالاسرة (علاقات) ونقص التعرض للمضايقات (سلوكى) ومن المهم ألا ننظر إلى كل ما يعقب السلوك على أنه نتائج أو أحداث لاحقة بدون أن نحدد تأثيرها على السلوك من حيث أنها تبقى عليه وتزيده أو تنقصه أو تستبعده.

أساليب تقدير السلوك:

يستخدم المعالج السلوكى مجموعة متنوعة من الاساليب الخاصة بجمع البيانات حول سلوك المشكلة ومن هذه الاساليب المقابلة، واسلوب التسجيل الذاتى، الملاحظة، ومقاييس الشخصية، وتمثيل الأدوار والقياس الفيزيولوجى.

ومن دراسة مسحية قام بها سوان ومكدونالد (1978) & Swan MacDonald عن الوسائل المستخدمة فى تقديرات السلوك وشملت 353 معالجا سلوكيا اتضح تدرج هذه الوسائل فى اهميتها من المقابلة التى تعتبر

أكثرها شيوعاً (٨٩٪) إلى استخدام الاختبارات الإسقاطية والتي تعتبر أقلها شيوعاً (١٠٪) ويوضح جدول رقم (١) هذه النتائج.

جدول رقم (١) أساليب التقدير السلوكي ونسبتها المئوية

النسبة المئوية	أسلوب التقدير
٨٩ %	المقابلة مع العميل
٥١ %	الملاحظة الذاتية (التسجيل الذاتي)
٤٩ %	المقابلة مع اشخاص لهم صلة بالعمل
٤٠ %	ملاحظة مباشرة للسلوك المستهدف
٤٠ %	معلومات من المتخصصين
٣٤ %	تمثيل الانوار
٢٧ %	مقاييس التقرير الذاتي عن السلوك
٢٠ %	الاستبانات الديموجرافية
٢٠ %	مقاييس الشخصية
١٠ %	الاختبارات الإسقاطية

والسبب الذي يذكره الباحثون في أن أسلوب المقابلة مع العميل لم يصل إلى ١٠٠٪ في الاستخدام هو أنه في حالة الأطفال فإن المقابلات كانت تتم مع أحد الوالدين بدلاً من الطفل. وعادةً فإنه بعد مقابلة العميل أو أحد والديه يقوم المعالج بالحصول على بعض البيانات الديموجرافية (الاجتماعية والاقتصادية والزواجية والعلمية.... الخ) ثم يلجأ إلى الحصول على بعض

المعلومات الكمية عن العميل ويمكن أن يتم ذلك بوحدة من أربع طرق أساسية هي (١) التسجيل الذاتي (٢) ملاحظة المشكلة في البيئة الواقعية (٣) مقاييس الشخصية ومقاييس التقارير الذاتية، (٤) تمثيل الأنوار.

وقد يلجأ المعالج السلوكي كما سبق ذكره إلى تقدير بعض الجوانب للفيزيولوجية. وسوف نتناول فيما يلي بالوصف مجموعة من الأساليب المستخدمة في تقدير السلوك

أولاً - المقابلة Interview

تعتبر المقابلة الوسيلة الأولى والأساسية التي يستخدمها المرشد والمعالج، بل وكل من يتصدى لعمل يتصل بمساعدة الإنسان مما يطلق عليها عادة تخصصات المساعدة helping Professions، في عملهم سواء في الحصول على المعلومات أو في الإجراءات المهنية سواء كانت إرشادية أو علاجية أو غيرها. وهي كذلك تعتبر الوسيلة الأولى التي يعتمد عليها المعالج السلوكي في عمله.

والمقابلة الإرشادية أو العلاجية تعني لقاء له هدف وله موضوع ويحدد المرشد أو المعالج مكانه وزمته ويجب أن يتم في إطار يتناسب مع طبيعة المشكلات التي يتناولها ومن حيث الإجراءات الإرشادية أو العلاجية التي يتبعها. وبصفة عامة فإن المكان الذي تتم فيه المقابلات يجب أن يتوفر فيه الهدوء والبعد عن الضوضاء والخلو من المغالاة في الأثاث وكفاية التهوية والإضاءة وملاءمته للأشخاص الذين تعمل معهم (اطفال - كبار - مرضى - معوقين.. الخ) ويجب على المرشد أن يحدد موعداً للمقابلة وأن يكون مستعداً لهذه المقابلة فيتعرف على المعلومات الأساسية حول العميل قبل بدء المقابلة.

ويتوقف نجاح المقابلة على وجود جو من اللفة بين المعالج والعميل، وهذه اللفة يقع على المعالج وما يتمتع به من جوانب شخصية ومهارات فنية مهمة تكوينها. ومما لا شك فيه أن بداية تكوين اللفة تكون مع الاستقبال فى المقابلة الأولى وما يتركه من انطباع لدى العميل (المسترشد).

ومما نود أن ننبه عليه لكل من يتصدى للعمل الارشادى أو العلاجى - أن هذا العمل يعتمد إلى حد كبير على مدى صدق المعلومات التى نحصل عليها من الفرد الذى نساعد ارشاديا أو علاجيا وايضا على مدى كفاية هذه المعلومات. وإذا لم تتوفر المعلومات المناسبة والصادقة فلن يكون هناك ارشاد أو علاج مناسب وكاف لمواجهة المشكلة. وهذه المعلومات التى لدى العميل يقع كثير منها فى إطار الخصوصية بمعنى أنه لا يمكن ملاحظتها فى البيئة وبصفة خاصة فى جلسات المقابلة وانما نحتاج إلى أن نخبرنا بها الفرد بنفسه الأمر الذى لا يحدث ولن يحدث إلا إذا اطمأن هذا الفرد إلى المعالج وكان لديه من الثقة فيه ما يكفى للكلام عن أشياء قد يعتبرها من أقصى خصوصياته.

ويقدم لنا بيرنشتين وزملاؤه (١٩٧٤) مجموعة من الارشادات التى تساعد على بناء اللفة:

- ١- كن منتبها بصفة خاصة، حاول أن تتبع وصف العميل للمشكلة، شجع على الكلام ولا تكثر أنت من الكلام.
- ٢- كن موضوعيا من الناحية الانفعالية. وعلى حين يبقى المرشد أو المعالج منتبها ومهتما بكل ما يقوله العميل فان عليه أن يحاول الابقاء على قيمة ومبادئه بعيدا عن التأثير على العميل وبصفة خاصة اثناء المقابلات الأولى - كذلك يجب ألا يصدر المعالج أحكاما

لأن العميل إذا اعتقد أن المعالج لا يوافق على ما يقوله فلن يتكلم بصراحة.

٣- كن منصتاً ومتجاوباً: حاول أن تفهم المشكلة من وجهة نظر العميل، ودعه يدرك أنك تفهمه باستخدام بعض الفنيات مثل الترجيع أو إعادة صياغة المشاعر والأفكار التي عبر عنها.

٤- وضح تماماً أن العلاقة الإرشادية تتمتع بالسرية، اذ ينبغي أن يعرف العميل أن المعلومات التي ينقلها إلى المعالج لن تتناقل مع أى شخص آخر.

وعند مقابلة العميل لأول مرة فإن على المعالج أن يعمل على تخفيف القلق الذى يشعر به العميل ويمكن أن يتم ذلك بان يبدأ المعالج بتوجيه أسئلة بسيطة حول بعض المعلومات الاجتماعية مثل السن والمستوى الدراسى وعدد الاخوة وصناعة الوالد ثم يتدرج المعالج بعد ذلك حتى يركز بشكل مباشر على موضوع المشكلة مثل:

أ - متى بدأت المشكلة

ب - مدى تكرار حدوث المشكلة

ج - متى تحدث المشكلة وفي أى المواقف تحدث؟

د - ماذا يحدث قبل وبعد حدوث المشكلة؟

هـ - ما الذى يفكر فيه العميل فى الوقت الذى تحدث فيه المشكلة؟

و - ماذا تم نحو تغيير البلوك المُشكل حتى الآن؟

وبعد الحصول على معلومات مفصلة عن الأبعاد الخاصة بالمشكلات المعروضة فإن على المعالج أن يركز على جوانب القوة التى لدى العميل، إذ أن التركيز على الجوانب الايجابية يساعد للمعالج على تكوين نهاية ناجحة

للمقابلة الأولى حيث يمكن للعميل أن يغادر الجلسة وهو أكثر تفاؤلا. كذلك فإن مناقشة جوانب القوة لدى العملاء يعتبر خطوة هامة نحو زيادة الثقة بأنفسهم وهو هدف علاجي هام.

وقبل أن نختم الحديث عن المقابلة كأسلوب من أساليب تقدير السلوك نورد فيما يلي بعض الاستجابات اللفظية التي يمكن أن يقوم بها المعالج والتي تساعد على زيادة التواصل والثقة والألفة بينه وبين العميل مما يساعد على التعرف على المشكلة بشكل أفضل وكذلك تمهد لنجاح الاجراءات العلاجية وفي نفس الوقت تساعد على النمو الشخصي للعميل في الاتجاه الصحيح.

١- الحد الأدنى من الاستجابة: وهي استجابات بسيطة نستخدمها جميعا سواء في الاحاديث المباشرة أو المكالمات التليفونية والتي تساعد على تطمين من نتحدث معه اننا منبهون لما يقول ومنصتون وفي نفس الوقت نشجعه على الاستمرار ومن مثل هذه الكلمات (هاه)، (نعم)، (أوه) "قاهم" "زين" "كويس" "ماشى" "انا متابعك استمر"، "ويعدين".....

٢- إعادة الصياغة: حيث يقوم المعالج بإعادة صياغة بعض الجمل التي يقولها العميل ولكن في كلمات مختلفة مثل:
العميل: أنا متضايق اليوم.

المعالج: أفهم من كلامك أنه حدثت اشياء ضايقتك اليوم

٣- سبر الغور: (الاستزادة) وهي محاولة من جانب المعالج للحصول على معلومات أكثر حول شئ ما، ويمكن أن يستخدم المعالج عبارات متنوعة لهذا الغرض مثل:

أرجو أن تحدثني أكثر عن هذا الموضوع.

أو: دعنا نتحدث بعض الشيء عن هذا الموضوع.

أو: أنا في الحقيقة محتاج أن أعرف أكثر حول هذه النقطة.

واستخدام المرشد أو المعالج لهذه العبارات أفضل من أن يستخدم

أدوات استفهام مثل ماذا، كيف؟، لماذا؟، أين؟، متى؟، من؟، كم؟ الخ...

٤- الانعكاس: يشير الانعكاس Reflection إلى توصيل أو نقل تفهمنا

ومشاركتنا للعميل ومشغوليته (مشكلاته) إلى العميل نفسه. ويمكن

أن يتم بشكل لفظي أو في إشارات غير لفظية (بتعبيرات الوجه مثلا)

ويمكن أن نقول على سبيل المثال "معنى ذلك أنك كنت متضايقا

لمقابلتك لهذا الشخص..

"يبدو لي أنك كنت غاضبا من والدك في هذا الموقف..."

"يبدو لي أن هذا المدرس كان يعاملك بطريقة ترتاح إليها..."

٥- الاستيضاح: يساعد هذا الأسلوب على محاولة فهم عبارة قالها

العميل، وعادة يكون ذلك في صورة مثل

"أنا لم أفهم تماما ما تقول..."

"أني في الواقع محتاج لمزيد من التوضيح..."

"هل يمكن أن تعيد عليّ ما قلته مرة أخرى من فضلك؟..

"يبدو لي أنك كنت تقول... ..

٦- التمهيص: ويكون ذلك عندما يختلط على المعالج تصرف أو كلام

قاله العميل. ويتم ذلك في صورة مثل:

"يبدو لى لك فى هذه المرة غير مرتاح... هل يمكننا أن نتحدث حول هذا؟.."

"يبدو لى كما لو أن"

ويطلب المعالج من العميل أن يبدى رأيه فيما إذا كان حتمس المرشد صحيحاً أو أن يصحح له ادراكه أو فهمه لهذا الموقف.

٧- التفسير: يحدث التفسير عندما يضيف المعالج شيئاً إلى مقاله العميل، وعندما يساعد هذا المعالج العميل على تفهم مشاعره وعلاقة هذه المشاعر بما قاله العميل.

٨- المواجهة: تتضمن المواجهة إرجاعاً صادقاً من المعالج إلى العميل حول ما يعتقد المعالج حدثاً بالنسبة للعميل.

"أشعر أنك لا تريد الكلام حول هذا الموضوع"

"رغم أنك تقول أنك غاضب وزعلان فأنا أرى ابتسامة على وجهك"

"مع أنك قد رسميت فى اللغة الانجليزية فانى المص من كلامك أنك لا زلت بعد لم تبدأ فى استكثار هذه المادة بشكل جاد"

٩- إعطاء للمعلومات: يحدث ذلك عندما نزود العميل بمعلومات وحقائق حول أمر مامثل إعطائه معلومات عن جامعة أو عن برنامج دراسى أو عن عمل معين. وإعطاء المعلومات يختلف عن النصيح، فالنصح قد يتضمن جانباً شخصياً يوجه به المعالج العميل نحو وجهة ما وقد يكون النصيح مطلوباً إذا لم يصاحبه تأثير كبير من جانب المعالج.. أما المعلومات فهى تنتم بجانب الموضوعية ولا يدخل فيها التأثير الشخصى للمعالج.

١٠- التلخيص: يحاول المعالج من خلال التلخيص أن يؤلف بين متبادله مع العميل من كلام وجوانب عقلية ووجدانية أى عملية الربط الموضوعى بينها. ويعتبر التلخيص ذا أهمية فى نهاية الجلسات العلاجية (المقابلات) وكذلك فى بدايتها. ويستخدم فيه عبارات مثل.

"دعنا الآن نلخص ما دار بيننا فى هذه الجلسة، لقد فهمت أن مشكلتك هى.....

"أظن أننا فى المرة السابقة كنا قد اتفقنا على أن نتناول مشكلة....

نعود مرة أخرى إلى التأكيد على أن المقابلة هى العصب الرئيسى للعمل الإرشادى والعلاجى أيا كانت النظرية التى يتبعها المعالج أو المرشد، وهى كذلك بالنسبة للعلاج السلوكى. ومن هنا يجب أن يعطيهما المعالج أو المرشد الذى يستخدم العلاج السلوكى فى عمله جل اهتمامه لتحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح.

ثانياً - التسجيل الذاتى: (الملاحظة الذاتية)

يعتبر التسجيل الذاتى من أقدم الأساليب المستخدمة فى الحصول على المعلومات، وقد استخدم كثيرون هذا الأسلوب لمراقبة سلوكهم الشخصى وتسجيله فى مذكرات ثم استخدام هذه المعلومات التى دونوها فى تعديل سلوكهم. ومن ذلك ما ذكره العالم النفسى الشهير سكينر Skinner عن كيف بدأ فى تسجيل سلوكه فى الكتابه عن طريق الاحتفاظ بلوحة بيانته. يسجل عليها نشاطه اليومى.

وقد ازداد استخدام أسلوب التسجيل الذاتى فى مجال العلاج السلوكى فى السنوات الأخيرة لعدة أسباب منها.

١- تطور اساليب الضبط النفسى واستخدامها بشكل أوسع فى العلاج السلوكى واعتمادها الاساسى على التقدير الذاتى.

٢- إن استخدام ملاحظين (مراقبين) بتسجيل سلوك العميل فى مواقف طبيعية قد يمثل انتهاكا لخصوصيته بالإضافة إلى أنه أسلوب مكلف وغير عملى فى بعض الأحيان.

٣- يسمح التسجيل الذاتى بتقدير بعض السلوكيات غير المتكررة الوقوع ولكنها ذات أهمية فى العلاج مثل حالات الصداع، وهذه الحالات لايمكن للآخرين ملاحظتها.

وتستخدم فى الوقت الحالى عدة وسائل للتسجيل الذاتى، ابتداءً من مفكرة جيب صغيرة أو استخدام اللوحات البيانية إلى استخدام وسائل الكترونية يسجل بها العميل سلوكه. وفيما يلى نموذج لما عرضه أحد الطلاب حول مشاعر القلق لديه.

الأحداث السابقة	المشاعر	الأحداث اللاحقة
طلب منى المدرس	أحسست بضربك قلبى	جلست فى حالة ضيق شديد
قراءة قطعة فى كتاب	تشدد	المطالعة
علمت أن هناك حفل فى المدرسة فى المساء	أحسست بالخوف الشديد	بقيت فى البيت ولكنى ذهبت للمشرف عن كنت أيضاً متضايقاً
الحفل للاعتراف		
حضر بعض الضيوف	لم أجلس معهم إلا برهة قصيرة	دخلت غرفتى وشعرت بالضيق
زيارتنا		

ثالثاً - الملاحظة فى بيئة واقعية Observation In Vivo

تعتبر الملاحظة من الاساليب الهامة فى مجال العلاج السلوكى وبصفة خاصة فى العمل الذى يقوم به المرشدون فى المدارس، والقاتمين على تعديل

السلوك فى معاهد التربية الخاصة والمؤسسات الخاصة بالاطفال وكذلك فى المستشفيات، ونقصد بالملاحظة فى بيئة واقعية أى ملاحظة السلوك كما يحدث فى البيئة التى يقضى فيها العمل معظم أوقاته والتى يحدث فيها السلوك موضوع التعديل - أى سلوك المشكلة.

وقد وجه بيجو (١٩٦٥) Bijou الأنظار إلى أهمية التسجيل الدقيق لسلوك الاطفال فى المنزل والمدرسة وحث الباحثين على استخدام تكرارات السلوك الذى يشاهد فى بيئة المنزل أو المدرسة كبيانات عن المتغيرات التى يدرسونها.

وهناك نوع من الملاحظة يعرف باسم الملاحظة بالمشاركة، حيث يقوم الشخص الذى يلاحظ السلوك بالاشتراك فى الأنشطة التى يقوم بها من يلاحظهم كأن يشترك المرشد أو المعالج مع العملاء فى حفل أو فى رحلة فى الوقت الذى يلاحظ فيه سلوكهم دون ظهوره بذلك، والهدف من مثل هذا الأسلوب هو عدم لجوء العميل إلى تعديل سلوكه أو تشكيله بما يناسب السلوك المرغوب فى مثل هذه المواقف أو أن يحجم عن السلوك، وعلى سبيل المثال يمكن للمرشد أو المعالج أن يلاحظ سلوك أحد الطلاب أثناء اشتراكه فى الألعاب والمباريات ليتعرف عما إذا كان يبدو منه تصرفات عدوانية.

ويجب أن يهتم القائم بمراقبة السلوك وتسجيله بالسلوك موضوع الدراسة ويركز عليه وفى مواقف مختلفة تمثل المواقف التى يمكن أن يظهر فيها هذا السلوك. ومن المفضل أن يصف المراقب (الملاحظ) الموقف ثم بعد ذلك يصف السلوك. وفى كثير من الأحيان نلجأ إلى استخدام قوائم للمشكلات تكون معدة خصيصاً للتعرف على سلوك ما أو على عدد من السلوكيات ومن

أمثلة القوائم التى تستخدم قائمة موني للمشكلات وكذلك بطاقات المشكلات المدرسية، ومقياس السلوك التكيفي.

وقد أعد المؤلف الأول بالاشتراك مع عبدالغفار الدماطي بطاقة للمشكلات المدرسية، وكذلك صورة عربية من مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي، وقائمة كواي للمشكلات. كما أعد المؤلف الثانى قائمة المقابلة الشخصية لمشكلات الأطفال كما أعد القريطى وجرار قائمة بيركس للمشكلات، وأعد على خضر قائمة للمشكلات للطلاب وهى كلها أدوات يمكن استخدامها فى الملاحظة.

رابعاً - التقارير الذاتية ومقاييس الشخصية:

على الرغم من أن اختبارات ومقاييس الشخصية قد بدأ استخدامها منذ أكثر من نصف قرن إلا أن المعالجين السلوكيين لا يقبلون كثيراً على استخدامها. وكما يتضح من الدراسة التى قام بها سوان ومالكونالد فإن استخدام هذه الاختبارات يصل إلى ٢٠٪ فقط (انظر جدول رقم ١).

ومن بين المقاييس التى شاع استخدامها مقياس مينسوتا المتعدد الأوجه MMPI وهو يستخدم بكثرة فى تصنيف المرضى إلى مجموعات تشخيصية مثل الفصام، الاكتئاب الاستجابي، الشخصية السيكوباتية وغيرها، واختبار تيلور للقلق الظاهر MAS والذي يستخدم لتحديد مستوى القلق لدى الراشدين وهو مشتق من مقياس مينسوتا، مقياس بيك للحالة المزاجية والذي يستخدم فى تشخيص الاكتئاب. وهذه الاختبارات تقيس سمات حيث يطلب من العميل أن يحدد ما إذا كانت العبارة تنطبق عليه من عدمه.

وفى الواقع فإن المعالجين السلوكيين لا يعارضون استخدام مثل هذه المقاييس وإنما على العكس من ذلك يشجعونها. غير أن هذا لا يعنى أن

هؤلاء المعالجين يوافقون على نظرية السمات. بل نجد أن بعض كبار السلوكيين مثل هانز أيزنك قد أوصوا وألفوا اختبارات للشخصية كوسيلة لوضع الشخص في بعد معين من أبعاد الشخصية (أيزنك وأيزنك ١٩٧٦ Eysenck & Eysenck) وفيما يلي قائمة تضم بعض اختبارات الشخصية المعدة باللغة العربية

- ١- قائمة برونرويتز للشخصية د. محمد عثمان نجاتي
- ٢- قائمة بيل للتوافق د. محمد عثمان نجاتي
- ٣- مقياس مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية د. محمد عماد الدين اسماعيل، د. لويس كامل مليكة
- ٤- مقياس تقدير الذات (يقيس قلق السمعة والحالة) إعداد د. احمد عبدالخالق عن مقياس سبيلبرجر
- ٥- مقياس الاتجاه نحو الامتحانات (قلق الامتحانات) وضع سبيلبرجر إعداد المؤلف الأول مع د. ماهر الهوارى
- ٦- مقياس للشعور بالوحدة -جامعة كاليفورنيا إعداد المؤلف الأول مع د. على خضر
- ٧- مقياس تبديل العلاقات الاجتماعية إعداد المؤلف الأول مع د. على خضر
- ٨- قائمة مسبح المخاوف وضع جوزيف وولبييه إعداد د. احمد عبدالخالق
- ٩- مقياس فاينلاند للسلوك التكييفى إعداد المؤلف الأول مع د. عبدالغفار عبد الدماطى
- ١٠- قائمة المشكلات المدرسية إعداد ناجي إعداد المؤلف الاول مع د. عبدالغفار الدماطى

- ١١- مقياس تقدير الذات وضع كوبرسميث
اعداد المؤلف الاول مع د. عبدالغفار الدماطي
- ١٢- قائمة أيزنك للشخصية (للشباب والكبار) وضع أيزنك
اعداد المؤلف الأول مع د. على خضر
- ١٣- قائمة بيك للحالة المزاجية وضع آرون بيك
اعداد المؤلف الأول مع د. على خضر
- ١٤- مقياس التوافق الطلاب الجامعة وضعه بيكر
اعداد المؤلف الأول مع د. على بداري
- ١٥- مقياس السلوك التكيفي (الجمعية الأمريكية للضعف العقلي)
اعداد د. فاروق صادق
- ١٦- قائمة بيركس للمشكلات
اعداد يوسف القريوتي، جرار
- ١٧- مقياس الارشاد النفسي (جامعة مينسوتا)
اعداد عماد اسماعيل، سيد عبدالحميد مرسى
- ١٨- مقياس المساندة الاجتماعية (مارامسون)
اعداد المؤلف الأول مع د. سامى أبوييه
- ١٩- مقياس مفهوم الذات للمتعدد الابعاد (مارش)
اعداد المؤلف الأول مع د. على ماهر خطاب
- ٢٠- مقياس التفضيل المهني (هولاند)
اعداد المؤلف الاول
- ٢١- قائمة الضغوط النفسية
اعداد المؤلف الاول
- ٢٢- مقياس القيم المهنية (ناب) اعداد المؤلف الأول مع د. على خضر

- ٢٣- مقياس الميول المهنية (ناب) اعداد المؤلف الأول مع د. على خضر
- ٢٤- مقياس الشخصية الاسقاطى (كاهن)
- اعداد المؤلف الأول مع د. على خضر
- ٢٥- قائمة أنشطة وقت الفراغ وضع المؤلف الأول مع د. ابراهيم وجيه محمود
- ٢٦- قائمة الحالة الوجدانية (لوبيين وفركمان)
- اعداد المؤلف الأول مع د. ابراهيم وجيه محمود
- ٢٧- مقياس حالة الغضب المتعدد (سجل)
- اعداد المؤلف الأول مع د. عبدالغفار الدماطى
- ٢٨- مقياس الخجل (ق. أ) وضع المؤلف الأول
- ٢٩- بطاقة الحالة الصحية وضع المؤلف الأول
- ٣٠- مقياس الاستقلال النفسى عن الاسرة وضع المؤلفين
- ٣١- مقياس المهارات الاجتماعية وضع المؤلف الثانى
- ٣٢- مقياس موضوعى لأساليب مواجهة أزمة الهوية (عن آدمز)
- وضع المؤلف الثانى
- ٣٣- مقياس الاتجاهات الدراسية وعادات الاستنكار وضع المؤلف الثانى
- ٣٤- مقياس المساعدة الاجتماعية من قبل الأسرة والأصدقاء
- وضع المؤلفين
- ٣٥- مقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد وضع المؤلف الثانى

* لمزيد من المعلومات حول هذه المقاييس راجع:

- محمد محروس الشناوى: العملية الارشادية دار غريب للطباعة والنشر ١٩٩٤
- محمد محروس الشناوى، ومحمد السيد عبدالرحمن: المساعدة الاجتماعية وللصحة النفسية الانجلو المصرية ١٩٩٤
- محمد السيد عبدالرحمن: دراسات فى الصحة النفسية. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع ١٩٩٧

٣٦- مقياس الحاجات النفسية (عن موراي)

وضع المؤلف الثنائي مع سامي هاشم

٣٧- مقياس للتوجه لمساعدة الآخرين

وضع المؤلفين

خامساً - تمثيل الأدوار Role Playing

يعود إدخال هذا الأسلوب في مجال العلاج النفسي إلى الطبيب النفسي مورينو Moreno الذي أدخل أسلوب السيودراما والذي يتبع في العلاج الجمعي إلى الولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٢٥ حيث يقوم المريض بتمثيل أدوار من واقع خبراتهم وذلك تحت إشراف المعالج.

ويستخدم المعالج أسلوب تمثيل الأدوار في موقف العلاج الفردي كمسألة من التجارب البسيطة يحاول فيها أن يُعرض العميل لمواجهات ترتبط بمشكلته التي جاء بها. وعادة فإن المعالج السلوكي يلجأ إلى استخدام هذا الأسلوب لتقدير المشكلات الخاصة بالعلاقات الاجتماعية وإيضاً لتمثيل الأدوار كأسلوب علاجي وفي هذه الطريقة يقوم المعالج بدور الشخص الذي يعاني العميل من مشكلة في علاقة معه (مثلاً دور المدرس أو الوالد أو أحد الاخوة أوزميل في الدراسة... الخ)

٦- القياس الفيزيولوجي: Physiological Measurement

ازداد الاهتمام باستخدام القياس الفيزيولوجي كأسلوب لتقدير السلوك في السنوات الأخيرة وتتوفر في الوقت الحالي أجهزة لقياس استجابات الجلد ونشاط العضلات وتخطيط نشاط المخ. وضربات القلب وضغط الدم وغيرها كثير. لكن لازال وجود هذه الأجهزة في عيادات العلاج السلوكي قليل نسبياً وذلك لارتفاع تكاليف هذه الأجهزة. وتساعد هذه الأجهزة على قياس بعض الاستجابات الانفعالية مثل القلق والخوف مواء قبل العلاج أو بعده.

خاتمة:

عرضنا في هذا الفصل لجانب هام من جوانب العلاج السلوكي وهو تقدير السلوك، وعرضنا لأحد النماذج الشائعة في التقدير والذي يعتمد على قياس الأحداث التي تقع قبل السلوك، والسلوك نفسه وكذلك الأحداث التي بعد السلوك والعلاقات بينها على مجموعة من الأبعاد البدنية والعقلية والانفعالية والسلوكية والشخصية ثم تناولنا الوسائل التي تستخدم في تقدير السلوك وفي مقارنتها بالمقابلة ثم التسجيل والملاحظة والقياس النفسى وتمثيل الأدوار وأخيرا القياس الفيزيولوجي والتي لا يقتصر اعتماد المعالجات السلوكية في تقديره للسلوك على واحد منها وإنما يستخدم أكثر من أسلوب

الفصل الثالث

الاشراط الكلاسيكى
والاساليب العلاجية
القائمة على قواعده

تقع فى حياتنا كثير من ربود الفعل التى ربما لاتعرف لها تفسيراً، فقد تدخل على شخص ما فيقابلك بابتسامه تجعلك تشعر بالسرور والارتياح فى حين أنك تدخل على شخص آخر فيطالعك بنظرة تبعث فيك شعوراً بالضيق والكدر. كذلك فأننا عندما نشاهد صور الاطعمة فى المجلات أو اعلانات التليفزيون فان لعابنا يسيل لرؤية هذه المناظر، وربما نجد أحد الأشخاص وقد اعتراه الفزع لرؤيته منظر ثعبان على شاشة التليفزيون بل ربما لأن أحدهم نطق بكلمة ثعبان، وقد ينتاب أحد الافراد الذين نجوا منذ فترة قريبة من حادث مروع فزعاً عند رؤية مناظر السيارات...

هذه الاستجابات كالسرور والكدر وسيلان اللعاب والضيق والفزع ليست فى الواقع استجابات للمواقف التى سبقتها مباشرة كالابتسامه وصورة الطعام ومنظر الثعبان أو السيارات، وبشكل طبيعى أوفطرى وانما هى فى الواقع استجابات متعلمه. وربما يرجع السبب فى أن الابتسامه تبعث فينا الاحساس بالسرور والراحة إلى أنه فى وقت ما من حياة الفرد اقترنت هذه الابتسامه كمثير، بمثيرات أخرى تبعث السرور مثل التعبير عن الحب من جانب الوالدين مما يجعل هذا المثير (الابتسامه) فيما بعد تبعث فينا ذلك الإحساس السار كذلك فان مشاهدة منظر الطعام قد اقترن فى وقت سابق مع مذاق الطعام، ومع هذا المذاق يتولد اللعاب ومن ثم فان رؤية الطعام تولد استجابات سيلان اللعاب وهكذا..

أن هذه الامثلة تمثل نوعا من التعلم يطلق عليه الاشرط الكلاسيكى Classical Conditioning أو اشرط للممتجيب Respondent Conditioning وهو نموذج للتعلم يقوم على اساس من الابحاث التى قام بها عالم الفيزيولوجيا الشهير إيفان بافلوف (١٩٠٢) Pavlov فى تجاربه الفزيولوجية على الكلاب.

وقد خلص بافلوف من تجاربه إلى القاعدة التالية:

إذا كان من شأن مثير ما، أن يولد فعلاً منعكماً (استجابة) لدى الكائن أطلق على هذا المثير "مثير غير مشروط"، وسميت الاستجابة المترتبة عليه "استجابة غير مشروطة" فإذا اقترن مع هذا المثير غير المشروط مثير آخر ليس من طبيعته توليد الاستجابة المذكورة "مثير محايد"، فإنه بعد فترة مناسبة من المزاوجة (الاقتران) بين المثيرين "المثير المشروط والمثير المحايد"، يصبح للمثير الجديد الذى أصبح الآن مثيراً مشروطاً خاصية توليد الاستجابة التى كان يولدها المثير غير المشروط وذلك بظهوره وحده وتعرف الاستجابة التى يولدها بالاستجابة المشروطة.

وتتلخص تجربة بافلوف الشهيرة على الكلاب فى أنه عندما كان يجرى بعض تجاربه الفيزيولوجية على الجهاز الهضمى لديها، لاحظ أن الكلاب الخاصة بالتجارب تبدأ فى إفراز اللعاب بمجرد سماعها لوقع أقدام العامل الذى يتولى تقديم الطعام لها بصفة منتظمة. وبذلك استنتج أن صوت أقدام العامل وهو مثير جديد، وليس له صفة المثير الأصلى وهو الطعام، أصبح يقوم (أى صوت لأقدام العامل) مقام الطعام فى استدراك اللعاب لدى الكلاب. وقد فسر بافلوف ذلك بأنه يرجع إلى اقتران صوت أقدام العامل مع رائحة الطعام لفترة من الزمن.

وقد استعاض بافلوف فيما بعد عن صوت الأقدام بمثيرات سمعية وبصرية وشمية يمكن التحكم فيها مثل قرع جرس أو صوت فتح الباب أو الضوء. وقد أطلق بافلوف على المثير الأصلى أو الطبيعى وهو الطعام فى هذه الحالة اسم المثير غير المشروط (unconditioned Stimulus (UCS لأنه يودى إلى الاستجابة (إفراز اللعاب) دون شروط. كما أطلق على المثير المحايد أو الاصطناعى (مثل قرع الجرس أو الضوء) اسم المثير المشروط

(SC) Conditined Stimulus وذلك لأنه يشترط لكي يؤدي إلى الاستجابة (افراز اللعاب) أن يقترن لفترة من الزمن مع المثير غير المشروط (المثير الطبيعي) ويوضح شكل (١) هذه العملية.

١- فى البداية:

مثير غير مشروط (طبيعى) الطعام ← استجابة غير مشروطة (اللعاب)
مثير محايد (اصطناعى) صوت الجرس ← لايسيل اللعاب

٢- المزوجة (الاقتران)

مثير غير مشروط (ucs) للطعام
مثير محايد صوت الجرس
← استجابة غير مشروطة (اللعاب)

٣- بعد الإشرط

مثير مشروط (CS) صوت الجرس ← استجابة مشروطة (اللعاب)
شكل رقم (١) يوضح خطوات الاشرط الكلاسيكى

وقد قام واطسون وراينر (١٩٢٠) Watson & Rayner فى الولايات المتحدة الامريكية بتجربة الخوف لدى الطفل ألبرت الذى كان عمره أحد عشر شهرا حيث تعرفا على أن هذا الطفل يخاف من الأصوات العالية. فقام الباحثين بتقريب أرنب أبيض من الطفل (ولم يكن هذا الطفل يخاف من الأرانب البيضاء)، وكلما حاول الطفل لمس الأرنب أطلق للصوت العالى المخيف للطفل (مثير غير مشروط)، وفيما بعد اصبحت رؤية ألبرت للأرنب وحده (مثير مشروط) دون وجود الصوت العالى يولد فيه الخوف (استجابة مشروطة) بل إن الخوف قد امتد إلى اشياء أخرى ذات لون ابيض مثل رؤية سيده ذات معطف أبيض أو شيخ ذى لحية بيضاء الخ.. (يعرف هذا بتعميم المثير).

وهناك نظريات عديدة لتفسير كيفية حدوث الإشرط الكلاسيكى، ويمكن تلخيصها على النحو التالى (ميكولاس ١٩٧٤) (Mekulas)

"خلال الارتباط بين المثير المشروط والمثير غير المشروط (عملية المزاوجة أو الاقتران) فإن المثير المشروط يتيح معلومات عن حدوث المثير غير المشروط. وكلما زاد احتمال أن يقع المثير غير المشروط بعد المثير المشروط كان الإشرط الكلاسيكى (الاستجابى) أقوى وكان احتمال حدوث الاستجابة المشروطة بعد المثير المشروط أكبر. وبعد أن تبدأ الاستجابة المشروطة فى الحدوث، فإنها تكافأ (تثاب) أو تعاقب (انظر الإشرط الاجرائى فى الفصل السادس) وهذا بدوره يؤثر فى حدوث الاستجابة وبهذا التصور فإن الاستجابة المشروطة تعتبر فى الغالب استجابة يقوم بها الكائن للإعداد للمثير غير المشروط".

ويذكر ميكولاس (١٩٧٨) أنه فى أحد المطاعم كانت الاضواء تخفف (مثير مشروط) ثم يعقبها حدوث صوت من جهاز تكييف الهواء (استجابة غير مشروطة) نتيجة لما يحتاجه بدء تشغيل الجهاز إلى طاقة عالية. وقد لوحظ أن العاملين فى المطعم يغطون اكتافهم (استجابة مشروطة) بشكل تلقائى عندما تتخفض الاضواء.

وفى الحياة، نجد كثيرا من الاستجابات يمكن تفسيرها على ضوء من نظرية الإشرط الكلاسيكى (الاستجابى) وبصفة خاصة مايرتبط بالوجدان الانفعالى. ولونظرنا إلى كل الأشياء التى تبعث فىنا السرور أو الضيق، وكل المواقف التى تولد الحالات الوجدانية مثل الغضب أو القلق أو الاحباط وكيف أن الناس يختلفون عن بعضهم البعض فى هذه الأمور وكذلك كيف يختلفون عن غيرهم فى حضارات مختلفة وأزمنة مختلفة أيضا لتبين لنا أنه على

الرغم من أن بعض هذه الاستجابات قد تكون فطرية بدرجة كبيرة (مثل الاستجابات للألم البدني) غير أن معظمها يكتسب بالتعليم وبصفة خاصة عن طريق الاشراف الكلاسيكي.

والاشراف الكلاسيكي يحدث في البشر في وجود بيئة لغوية فإذا أخبرك صديق أن زيدا "عدواني" فربما يرتبط بعض من وجدانك الانفعالي لصفة العدوانية للمجموعة التخيلية أو الذاكرة الخاصة "بزيد" والاشراف الكلاسيكي على النحو الذي عرضناه في تجارب بافلوف يمثل صورة بسيطة من الاشراف، أما في واقع الحياة فانه يأخذ صورا أكثر تعقيدا اذ يشتمل على أكثر من مثير مشروط وأكثر من استجابة غير مشروطة. ومن هنا نجد شخصا ما لديه مشاعر سلبية بالنسبة للكبار الذين يمثلون سلطة بالنسبة له وذلك تأسيما على خبرته مع والديه وبعض المدرسين في المدرسة الابتدائية وربما يمتد ذلك ايضا لرجل الشرطة.

ويمكن القول أن استجابات الشخصية لمواقف معينة في الوقت الحاضر قد تقوم على اساس من مجموعة مركبة من الخبرات التي قد لا يتذكرها في الوقت الحالي، وربما يكون من الصعب التعرف عليها في تاريخ الفرد. ونحن نعلم أن العلاج السلوكي يركز على الحاضر دون الماضي ولهذا فهو لا يركز على متى، وكيف اكتسب هذا الشخص تلك الاستجابات التي نحاول تعديلها، وإنما كل الذي يهمنا هو تحديد استجابات الفرد الراهنة في مواقف معينة، وإن نستخدم معلوماتنا في الاشراف الكلاسيكي لتغيير الاستجابات غير المرغوبة وهناك بعض العوامل التي تؤثر في حدوث الاشراف الكلاسيكي وهي: (١) الترتيب الزمني للمثيرات، (٢) الوقت الذي يمضي بين ظهور المثيرات، (٣) سيطرة أو تغلب الاستجابة. وسوف نتناول كل عامل من هذه العوامل بشئ من التفصيل.

(١) للترتيب الزمني للمثيرات:

أوضحت التجارب المختلفة أن أفضل اشراط يحدث إذا وقع المثير المشروط قبل المثير غير المشروط (ويعرف ذلك بالاشراط الأمامي) بينما يحدث أقل اشراط - بل ربما لا يحدث - إذا وقع المثير المشروط بعد المثير غير المشروط (اشراط تراجعى أو خلفى) ومع ذلك فإن الاشراط التراجعى قد يفيد فى بعض الحالات. وعلى سبيل المثال فى معالجة مدمنى الخمر فإن المدمن يعطى الدواء الذى يؤدى إلى القيء (المثير الطبيعى أو غير المشروط) قبل تعاطى الخمر (المثير المشروط) كذلك فإنه فى بعض الحالات قد يتزامن المثير المشروط مع المثير غير المشروط فى وقت وقوعها.

٢- الوقت الذى يمضى بين ظهور المثيرات:

إذا أخذنا الإشرط الأمامي Forward Conditioning كمثال فإن الزمن الذى يمضى بين ظهور المثيرات يقصد به كمية الوقت التى تمضى بين ظهور المثير المشروط وظهور المثير غير المشروط. وبصفة خاصة فإن أفضل النتائج نحصل عليها إذا كان هذا الوقت فى حدود نصف ثانية. ورغم أنه قد يحدث إشرط مع وجود فترة زمنية أطول (مثلا التقيئ نتيجة التسمم من طماع قد يقترن بمذاق الطعام (مثير مشروط) رغم أنه حدث قبل بضع ساعات) رغم ذلك فإنه فى معظم برامج تعديل السلوك كانت فترة النصف ثانية تعتبر أكثر ملاءمة.

٣- سيطرة (قوة) الاستجابة:

نلاحظ أنه قبل الإشرط يكون لكل من المثير المشروط والمثير غير المشروط القدرة على توليد استجابات. ونادراً مايقوم الناس بحصر الاستجابة الأولية المشروطة لأنها تكون عادة أقل فى الأهمية بالنسبة للاستجابة غير

المشروطة والتي تصبح فيما بعد الاستجابة المشروطة. ويقصد بسيطرة الاستجابة القوى النسبية للاستجابات التي يولدها المثير المشروط والمثير غير المشروط كما يصور ذلك شكل رقم (٢)

مثير شرطي ← س ١

مثير غير مشروط ← استجابة غير مشروطة

والآن، ماذا يحدث عند ازدواج بين المثير المشروط والمثير غير المشروط؟

إذا كانت س ١، الاستجابة غير المشروطة متوافقتين، فإن كلا المثيرين قد يولدان كلا من الاستجابتين، أما إذا كانت الاستجابتان غير متوافقتين فإن عملية الإشراف تتجه نحو كلا المثيرين الذين يولدان الاستجابة السائدة. ولما كانت الاستجابة غير المشروطة هي المسيطرة عادة بالنسبة لـ س ١ فإن س ١ قد لا تذكر عادة وبذلك نحصل على النتيجة التي عرضناها في شكل رقم ١ أما إذا كانت س ١ هي المسيطرة بالنسبة للاستجابة غير المشروطة فإن الاشراف قد يمتد في طريق آخر أى إلى الاشراف التراجعى (الخلفى) الاستجابة من العناصر الحرجة في الاشراف المضاد كما سيأتى فيما بعد.

تطبيقات الاشراف الكلاسيكى (الاستجابى)

يهتم العلاج السلوكى بطريقة الاشراف الكلاسيكى للعمل على تكوين استجابة جديدة لدى الفرد باستخدام هذا النوع من الاشراف.

وكمثال على تطبيق هذا النوع من الاشراف فى العلاج، نتحدث عن استخدامه فى علاج حالات التبول اللا ارادى Enuresis، والذي يعتبر مشكلة تشمل حوالى ١٠% من الاطفال الذين وصلوا إلى سن السادسة. وبالإضافة

إلى كونه مشكلة قائمة بذاتها فانه أيضا يترتب عليه مشكلات أخرى مثل القلق والشعور بالذنب. وقد يرجع السبب في ذلك إلى صغر حجم المثانة أو إلى ضعف عضلاتها مما يؤدي إلى كثرة التبول بالنهار وبالليل أيضا. وبذلك فان التكريب الذي يعطى للطفل يشتمل على تعويده من خلال استخدام اسلوب التعزيز (التدعيم) على اطالة الفترة بين مرات ذهابه إلى دورة المياه خلال ساعات النهار والاستيقاظ ليلاً، وفي بعض الحالات قد يرجع التبول اللارادى إلى القلق الزائد لدى الطفل وربما يؤدي خفض القلق إلى علاج مشكلة التبول اللارادى لديه. أما أكثر طرق علاج التبول اللارادى شيوعاً فهي استخدام طريقة المرتبة والجرس وهى طريقة يعود الفضل في استخدامها إلى مورر (1938) Mowrer. والفكرة وراء هذه الطريقة هى أن المنبهات (أو المؤهيات Cues) الداخلية للمثانة والعضلات المرتبطة بها تكون ضعيفة جداً لدرجة لاتساعد على استيقاظ الطفل بالليل ليذهب إلى دورة المياه قبل تبليله للفراش. ويستخدم في العلاج مرتبة خاصة موصلة بدائرة كهربائية (عن كريق بطارية) وتنتهى هذه الدائرة بجرس فإذا نزلت قطرات البول الأولى من الطفل أثناء الليل عملت على توصيل التيار فيحدث صوتاً منبهاً يوقظ الطفل.

والذى يحدث في هذه العملية هو أن تؤثر عضلات المثانة (مثير مشروط) يزداد قبل التبول وأن صوت الجرس يعمل كمثير غير مشروط (طبيعى) يوقظ الطفل وبذلك يمتنع نزول المزيد من البول وباقتران المثير المشروط مع المثير غير المشروط فان تؤثر عضلات المثانة أى المثير المشروط يصبح وحده كافياً لابقاظ الطفل ومنع بلل الفراش. وبهذه الطريقة يتعلم الطفل كيف يستجيب للمؤهيات الداخلية التى يستخدمها معظم الناس في منع البلل الليلي (التبول اللارادى) وايضا للتحكم بصفة عامة في التبول. وقد

استخدمت هذه الطريقة بنجاح مع الاطفال وكذلك مع الراشدين (ترنر وتيلور ١٩٧٤). وهناك تفسيرات أخرى لكيفية عمل هذه الطريقة ومنها ما يذكره دوليز (١٩٧٧) من أن تعلم الطفل أن يستيقظ إنما هو عملية تجنبه لصوت الجرس. (انظر التعزيز السلبي)

وقد قام كل من أزرين وسنيد وفوكس (١٩٧٤) بادخال تحسينات على هذه الطريقة باضافة التدريب على ضبط الكف وتعزيز التبول الصحيح، والتدريب على سرعة الاستيقاظ وزيادة أخذ الموائل لزيادة معدل الاستجابة، واسلوب التصحيح الذاتي للأحداث والتدريب على التخلص من التبول. وقد حصل هؤلاء الباحثون على نتائج مشجعة للغاية نتيجة لهذا التدريب المكثف وفي وقت قياسي (اليلة واحدة)

ومن الامثلة التي أوردها أيفرون (١٩٥٧) على استخدام الاشراف الكلاسيكي (الاستجابي) في العلاج، ما قام به في علاج فتاه تعاني من نوبات صرعية Epilepsy فمن المعروف أن معظم الذين يعانون من حالات الصرع المعروفة بالنوبات الكبرى Grand Mal تحدث لهم مجموعة من العلامات قبل حدوث النوبة مباشرة وهذه العلامات تعرف بالـفؤحة Aura حيث يمكن تمييز سماع بعض الاصوات أو رؤية لون معين أو شم رائحة معينة. وقد وجد أيفرون أن مريضته تستطيع أن تمنع النوبة بشم رائحة الياسمين خلال المرحلة الأولى للفؤحة فقام باحداث عملية اشراف استجابي بين شم الياسمين وبين رؤية زهرية واستطاعت هذه المريضة أن تكف (توقف) النوبات عن طريق التحديق في زهرية ثم استطاع بعد ذلك أن يساعدها على أن تمنع النوبات من خلال الاشراف بمجرد التفكير في الزهرية، وقد تمكن عن طريق هذا الاسلوب أن يوقف نوبات الصرع لدى هذه المريضة تماما وشفيت

المريضة. ألا أن تعميم مثل هذه الطريقة في علاج حالات الصرع يحتاج إلى مزيد من الدراسات.

وبالإضافة إلى المواقف التي نحتاج فيها إلى تكوين (اكساب) استجابات جديدة للأفراد كذلك التي ذكرناها، فإن هناك مواقف تحتاج إلى أن نغير أو نزيل سلوكا غير مرغوب ويتعامل الاشرط الاستجابى باسلوبين علاجيين للتعامل مع السلوكيات غير المرغوبة وهما: الانطفاء، والاشراط المضاد. وسوف نتحدث عنهما ثم عن التطبيقى العلاجى لهما.

أولاً: الانطفاء Extinction

يحدث الاشرط الاستجابى نتيجة تكوين علاقة اقتران بين مثير مشروط ومثير غير مشروط ويترتب عليه أن ينشأ ارتباط بين المثير المشروط والاستجابة المشروطة. وفى المعتاد فإن ظهور المثير المشروط كان يعقبه ظهور المثير غير المشروط وبذلك فإن ظهور المثير المشروط ينبئنا إلى درجة معينة ببدا حدوث المثير غير المشروط. فإذا اتينا علاقة الاقتران بحيث لايقترن المثير المشروط مع المثير غير المشروط فإنه قد يحدث أن المثير المشروط لا يولد الاستجابة المشروطة وتعرف هذه العملية بالانطفاء Extinction، وعلى سبيل المثال إذا حدث وان خدشت قطة طفلا صغيراً. حيث يكون الخدش هو المثير غير المشروط الذى يولد الألم والقطعة هى المثير المشروط. وترتب على ذلك لذى للطفل (ألم) والذى يمثل الاستجابة غير المشروطة فإن الطفل قد ينمى الخوف (استجابة مشروطة) من القطط. وفيما بعد إذا واجه هذا الطفل القطط دون أن يناله منها اذى فإن الخوف قد ينطفى لديه. وفى بعض الاحيان يحدث بعد الانطفاء أن تكتسب الاستجابة المشروطة قوة مع الزمن وتعود من جديد ويعرف هذا بالاسترجاع

التلقائي Spontaneous Recovery، غير أن ذلك نادرا ما يحدث في المواقف العملية فانه مع زيادة الانطفاء فان الاستجابة المشروطة لا يتوقع ظهورها بعد ذلك.

ويوجد اسلوبان لاستخدام الانطفاء: اسلوب تدريجى، اسلوب غير تدريجى. وفي الاسلوب التدريجى يكون التحرك خلال تتابع (سلسلة) من الخطوات تعرف بالمرج Hierachy نحو شيئ أو موقف يولد أقوى استجابة مشروطة. أما فى الاسلوب الثانى غير التدريجى فاننا نتجاوز الخطوات الوسيطة ونواجه الموقف النهائى مباشرة (ويمكن النظر لليهما فى الواقع على انهما طريقة واحدة لهما طرفان، وتختلف عدد الخطوات فى المسافة بين البداية والنهاية) على سبيل المثال، إذا كان لدينا طفل يجلس على الشاطئ ويخاف من الاقتراب من الماء كما يفعل باقى الاطفال، فان الاسلوب التدريجى يشتمل على تقريية من الماء بالتكريرج. ففي البداية تجعله يلعب مثلا على بعد خمسة أمتار من الشاطئ ثم بعد ذلك على بعد مترين ثم على حافة الماء ثم يوضع قدمه فى الماء هكذا. أما فى الطريقة الثانية غير التدريجية فان الطفل قد يحمل ويوضع فى الماء حتى ينطقى الخوف.

ورغم أن الانطفاء يمكن أن يستخدم مع أى استجابة مشروطة غير أنه أكثر استخداما فى حالات القلق والمخاوف. فهناك كثير من الناس يواجهون بمواقف تولد بعض القلق مثل الوقوف أمام رؤسائهم أو اداء واجب أمام زملاء الصف أو للتحديث عن أمر يخصهم شخصيا. وإذا كان الشخص يستطيع أن يقترب من الموقف المسبب للقلق ويدخل إليه بدون أن يحدث له نوع من الكدر فان جانباً من القلق سينطفئ حينئذ.

وفيما يلى وصف لبعض الخطوات التى نتبعها فى استخدام الطريقة التدريجية لأطفال القلق والمخاوف.

أولاً: من الضرورة أن نعد مدرجا من الخطوات نحو الشيء أو الموقف المخيف ومن الأفضل بصفة عامة أن يكون لدينا عد أكبر من الخطوات عن أن يكون لدينا عدد محدود منها.

ثانياً: من المرغوب فيه أن نشجع أو نحفز أو نكافئ الشخص على المضي مع الخطوات التي يشتمل عليها المدرج خطوة خطوة، ويكون سير الشخص مع المدرج على مسافات مناسبة ومريحة له وأن يتم اطفاء القلق عند كل خطوة قبل الانتقال إلى الخطوة التالية.

ثالثاً: وأخيراً فمن المفيد في الغالب أن نزود الفرد بطريقة للقضاء على القلق بينما يحدث كل ذلك. وربما يتم ذلك من خلال تعليم الشخص كيف يسترخي Relax Relax أو نجعله يتخيل مناظر سارة أو أن يكون هناك شخص موجوداً لا يؤثر القلق في الموقف. وهذه الوسائل بالإضافة إلى مكافآت (إثبات) يتلقاها الشخص تساعد على خفض القلق وتوفير الدافعية وتنتج بعض الاشارات المضاد على النحو الذي سنناقشه فيما بعد، كذلك فمن الممكن أن تساعد العميل على المرور بخطوات المدرج أولاً بطريقة تخيلية ثم فيما بعد يمر بها في الواقع in vivo.

أما الطريقة غير التدرجية في اطفاء المخاوف فانها تعتمد على مواجهة الموقف المخيف بشكل مباشر فاذا كان الطفل على سبيل المثال يتعلم ركوب الدراجة فيسقط ويؤذى نفسه فان والده ربما يجعله يركب الدراجة مرة ثانية ويحاول من جديد، واذا كان الطالب يخاف من الاجابة على الاسئلة أمام زملائه فقد يقف مرة تلو المرة ليجيب على الاسئلة. ومعنى هذا أن الفرد في كلا الحالتين يواجه نفس الموقف حتى يتخلص من الخوف.

ويفضل كثير من المعالجين استخدام طريقة المواقف المتدرجة حيث أن عدم التدرج في مواجهة المثيرات قد ينتج عنه زيادة القلق والخوف لدى البعض بدلا من تخفيفها. وهناك طريقة تعتمد على غمر الفرد بالمثيرات التي تولد لديه الخوف في جلسات أمنة، والابقاء عليه في الموقف المخيف دون السماح له بالهرب وتعرف هذه الطريقة بالغمر Flooding وسوف نعود إلى مناقشتها فيما بعد.

وفي الواقع فإن كثيراً من أساليب العلاج السلوكي يمكن أن يستخدم إلى حد ما من خلال عملية التخيل Imaginary . وبذلك فإنه يمكن استخدام الانطفاء بالتخيل ويعرف في هذه الحالة بالانطفاء الضمني أو المستور Covert Extinction ولا زالت البحوث قليلة في هذا الصدد وقد وصف جوتستام وميلين نموذجا لاستخدام أسلوب الانطفاء الضمني، حيث استخدم الباحثان هذا الأسلوب مع أربع حالات من مدمني المخدرات كانوا يدمنون المواد المنشطة (الامفيتامينات) حيث جعل الباحثان هؤلاء المدمنين يتخيلون أنهم حقنوا أنفسهم بالمخدر وكذلك أنهم لم يحصلوا على أي تأثير منه. وبعد مضي أسبوع من هذا العلاج والذي اشتمل على تكرار المحاولات (التخيل) حوالي مائة مرة لوحظ أن هناك انخفاض في تأثير المخدر للدرجة التي أصبح معها هؤلاء المرضى لا يشعرون بأي اثر للمخدر عند تناولهم فعلا له. وقد تبين عند متابعة الحالات بعد تسعة أشهر أنهم لم يعودوا يتعاطون المخدر. ويرى ميكولاس (١٩٧٨) أن الانطفاء يدخل في كثير من أنواع العلاج حتى تلك البعيدة عن العلاج السلوكي مثل التحليل النفسي، العلاج بالصرخة الأولية، العلاج المتمركز حول الشخص وهي كلها تشتمل على اتجاه متسامح من جانب المعالج وعدم إصداره أحكاما تقييمية على سلوك

العمل مما يشجعه على الكلام وتفرغ شُحناته الانفعالية. وهى كلها تشتمل إلى حد كبير على انطفاء.

ثانياً: الاشرط المضاد: Counter Conditioning

يقصد بالاشراط المضاد محاولات خفض الاستجابات (السلوكيات) غير المرغوبة وذلك من خلال تكوين استجابات مضادة للمواقف المثيرة لها عن طريق استخدام اسلوب الاشرط الاستجابى. والخطوة الأولى فى الاشرط المضاد هى تحديد المواقف التى تولد الاستجابات غير المرغوبة وعلى سبيل المثال نجد أن العناكب (مثير أو موقف) قد يثير قلقاً بالغاً لدى بعض الناس (استجابة غير مرغوبة)

والخطوة الثانية تشتمل على تحديد أو إعداد اساليب لتوليد استجابة مضادة (غير متوافقة) للاستجابة غير المرغوبة وتكون أقوى منها. فمثلاً يمكن استخدام بعض انواع الاسترخاء كاستجابة مضادة لاستجابة القلق من وجود العناكب.

أما الخطوة الثالثة والأخيرة فإنه يتم فيها اشرط الاستجابة المضادة (مثلاً الاسترخاء) للمثيرات التى تولد الاستجابة غير المرغوبة (العناكب التى تولد القلق)، وبمعنى آخر فلننا نقرن بين مثيرات تولد الاسترخاء مع المثيرات المتصلة بالعناكب، ويستمر الاشرط المضاد حتى تتخفض الاستجابة غير المرغوبة (القلق). وفى العادة فإن العلاج يستمر إلى أن يختفى القلق تماماً.

ويستخدم الاشرط المضاد بصفة خاصة لخفض الاستجابات الانفعالية غير المرغوبة مثل القلق والغضب والغيرة. وفى كثير من حالات المرض النفس نجد أن القلق يمثل جانباً أساسياً نحتاج إلى التعامل معه بشكل من

الاشكال. وقد استحدث أسلوب التخلص المنظم من الحماسية Systematic Desensitization كنوع من الاشراف المضاد للقلق باستخدام الاسترخاء العضلى. ويعتبر اختيار الاستجابة للمضادة المناسبة أمراً هاماً فى الاشراف المضاد، فمثل هذه الاستجابة ينبغي أن تكون أقوى من الاستجابة غير المرغوبة التى نحاول التخلص منها، وربما لايمثل ذلك مشكلة فى بعض العلاجات فعلى سبيل المثال عند استخدام الصدمات الكهربائية (الخفيفة) فى علاج بعض العادات السيئة عند الاطفال (خاصة المتخلفين عقلياً) مثل قضم الاظافر إلى درجة إدماء الأصابع أو ضرب الرأس فى الحائط بصورة متكررة فإن اثر الصدمات يكون أقوى واكبر من الاحساس الذى يكتسبه الطفل من قضم اظافره. لكن فى بعض الاحيان يصبح أمر قوة أوسيادة الاستجابة المضادة أمراً صعب الضمان ولذلك نلجأ إلى اعداد مدرجات كتلك التى تحدثنا عنها فى الأسلوب التدرجى للتطفاء. وبدلاً من أن نبدأ الاشراف المضاد مع الموقف الذى يولد الاستجابة غير المرغوبة بأكملها نبدأ بموقف يولد هذه الاستجابة بدرجة خفيفة ثم ننتج منه إلى مواقف اكبر وهكذا أى اننا نستخدم فى هذه الحالة مدرجا من المثيرات يقربنا بالتدرج من الموقف الذى يولد الاستجابة غير المرغوبة بصورة قوية.

وفى المثال الذى ذكرناه عن القلق (الخوف) من العناكب فإن الاشراف المضاد يبدأ بجوانب خفيفة من المدرج مثل كلمة عنكبوت ثم ننتج إلى موقف أصعب كأن تظهر صورة عنكبوت ثم إلى خطوات أعلى فى المدرج مثل لمس عنكبوت حقيقى وحى.... ولوانا كنا بدأنا مباشرة بالخطوة الأخيرة وهى لمس عنكبوت حى فإن القلق الذى يولده العنكبوت فى الشخص يكون عادة أقوى من الاستجابة المضادة التى نستخدمها وهى الاسترخاء. ولكن مع

وجود التدرج نجد أن الاسترخاء يكون أقوى من الموقف الذى بدأنا به وهو كلمة عنكبوت.

ويفترض فى الاشرط المضاد أن أثره تُعمم (أى تمتد إلى مثيرات مشابهة) صعوداً مع المدرج ومن ثم تتخفف بالتدرج قوة الاستجابة غير المرغوبة التى تنشأ عن المواقف المختلفة. وبذلك فإذا كنا بدأنا باشرط مضاد لكلمة عنكبوت فإن هذا الاشرط المضاد يحمل صاعداً مع المدرج فينخفض القلق بالنسبة لصورة العنكبوت وكذلك للعنكبوت الحى. وعندما نبدأ فى الاشرط المضاد فى وجود صورة العنكبوت فإن الاسترخاء يكون عادة أقوى من أى قلق باقٍ والذى يصبح بومعنا أن نزيله. وسوف نعود إلى مناقشة هذا الموضوع بشكل تفصيلى عند الحديث عن اسلوب التخلص المنظم من الحساسية. ويعتبر جاثرى (1935) Guthrie من أول من تحدثوا عن الجوانب النظرية للاشرط المضاد. وهو يفسر عمل الاشرط المضاد على النحو الذى عرضناه فى مثال القلق من الحناكب. وفى عام 1958 عرض جوزيف ولبه Wolpe مفهوم الكف المتبادل (الكف بالنقيض Peciportal Inhibition الذى استعاره من علم وظائف الاعضاء (الفيزيولوجيا Physiology) لتفسير ما يحدث فى الاشرط المضاد. وبصفة خاصة فى عملية التخلص المنظم من الحساسية. ويقوم هذا الفرض على أن الاشرط المضاد يعتمد على جانب من الجهاز العصبى يكف عمل الجزء الآخر. فقد يحدث أن يكف الجهاز العصبى الباراسمبثاوى عمل الجهاز السمبثاوى (الخاص بالانفعالات) غير أن هذا التفسير للذى بناه على اساس فيزيولوجى قد لاقى كثيراً من النقد ولم تؤيده التجارب.

والواقع أنه فى كل من الانطفاء الاستجابى والاشراط المضاد فإن العميل يتعرض للمثير المشروط أو لتتابع من تقريبات للمثير المشروط ومن

الناحية الاجرائية فان الفرق بين الطريقتين هو أننا فى الاشرط المضاد نعرض المثيرات أو نقوم بالتدريب الذى يودى إلى أن نقتنر استجابة مضادة مع المثير المشروط. وهذا التشابه بين الطريقتين قد دعا الباحثين أن يفترضوا انهما طريقة واحدة. ومن هنا فانهم يقولون بان الاشرط المضاد هو ببساطة عملية انطفاء، وان الهدف من الاستجابة المضادة هو تسهيل عملية الانطفاء، ومن ثم يمكن النظر إلى التخلص المنظم من الحساسية على أنه انطفاء أيضاً وان دور الاسترخاء هو أن نعطى للعميل الدافع ليعمل خلال مدرج أو أن يخفض القلق بحيث يكون فى حالة أفضل للانطفاء.

ويؤيد ميكويولاس ما ذهب إليه جاترى من أن الانطفاء الاستجابى هو اشرط مضاد وذلك بافتراض أن الانطفاء ليس عملية اضعاف سلبى للسلوك وانما هو تعلم استجابات جديدة ربما تكون أيضاً مضادة، بينما فى الانطفاء تعتمد على السلوك المضاد الذى يحدث فى الطريق المعاكس، وبذلك فان الاشرط المضاد ربما يكون أكثر فاعلية.

الاسترخاء Relaxation

لاشك أن الضغوط النفسية تعتبر آفة العصر وانها تزداد يوماً بعد يوم مما يجعلها تمثل حجر الزاوية فى نشوء الامراض والاضطرابات النفسية والعقلية، وبصفة خاصة مع ازدياد التقنية ومطالب الحياة وكذلك تشابك ظروف الحياة فى عالمنا المعاصر. ولهذا فان الاسترخاء يعتبر أمراً مطلوباً فى حد ذاته فى مواجهة الضغوط النفسية وما ينشأ من قلق أو مخاوف أو تشتت وتزاحم فى الأفكار وأرق، بل وما ينتج عن هذه الضغوط من امراض نفسية فيزيولوجية (سيكوسوماتية) مثل قرحة المعدة وامراض القلب بل أن البعض يرجعون مرض السرطان إلى هذه الضغوط ولهذا يحتاج المعالج أن

يستخدم اسلوب الاسترخاء مع مرضاه في مرحلة مبكرة جداً من العمل معهم . لأنه يعمل على تهدئة العميل ولأنه يتبين للمسترشد أن المعالج بوسعه أن يساعده وأنه أيضاً (أى المسترشد) بوسعه أن يشترك في مساعدة نفسه. ومن أكثر طرق الاسترخاء شيوعاً في برامج العلاج تلك الطريقة التي طورها جاكوبسون (١٩٣٨) وهي تشتمل على تبادل الشد والأرخاء لعضلات الجسم في الوقت الذي يركز فيه الفرد انتباهه على المشاعر المختلفة التي يحس بها (مشاعر الاسترخاء) ومع التوجيه والتدريب فإن العميل يتعلم كيف يسترخى بنفسه عندما يريد ذلك وبدون حاجة إلى اجراء عملية الشد العضلى فى البداية وإنما يدخل إلى الاسترخاء عن طريق ارخاء العضلات مباشرة، ومن ثم فإنه يتعلم كيف يتعرف على بداية الضغوط أو القلق مما يسهل أيضاً عملية التحكم الذاتى (ضبط النفس) ويجعل الفرد أكثر وعياً بعضلات جسمه مما يقلل أيضاً من مشكلات عدة مثل بعض اللزمات اللاشعورية أو الصداع الناتج عن شد عضلات الرقبة والرأس وغير ذلك.

وهناك اساليب متنوعة للاسترخاء بعضها يُصحب بإحاديث ذاتية من الفرد لنفسه وكذلك يمكن احداث الاسترخاء صناعياً عن طريق استخدام خليط من غازى الاكسجين وثنائى اكسيد الكربون يستنشقه الفرد الذى يحتاج إلى الاسترخاء فى موقف العلاج. كذلك فإنه يمكن احداث حالة الاسترخاء عن طريق استخدام الأدوية المهدئة لفترة مؤقتة من العلاج. ويعتبر الاسترخاء من الاستجابات الاساسية التى تستخدم كاستجابات مضادة للقلق والخوف والغضب فى طريقة التخلص المنظم من الحساسية. كذلك فمن الممكن استخدام الاسترخاء كاسلوب قائم بذاته حيث يساعد على خفض ضغط الدم وعلى التخلص من حالات الأرق. وقد أوضحت البحوث امكانيه استخدام الاسترخاء للتخلص من بعض الاستجابات والسلوكيات غير المرغوبة مثل

حالات الضغط على أوجك الأسنان أثناء النوم (Bruxism) وحالات الشخير وكذلك فى حالات الاختلالات العصبية العضلية مثل حدوث تقلصات العضلات كذلك يستخدم الاسترخاء فى علاج حالات سرعة الانفعال والاستجابة للاحباط ثم بعد ذلك تعطى الفرصة لحل المشكلة.

وقريب من هذا الاسلوب مائزاه فى عاداتنا الاسلامية والعربية اثناء جلسات المصالحات وما يشوبها من غضب من طرف أو من الطرفين حين يطلب أحد الحضور منهم أن يذكروا الله وإن يصلوا على الرسول صلى الله عليه وسلم فهذه الاستجابات لأهميتها عندهم سرعان ما تجعل الانفعالات تعود إلى مستوى طبيعى وهكذا مما يعطى فرصة لحل المشكلة الأساسية.

الاشراط المضاد للقلق:

يعتبر القلق من المشكلات الأساسية التى يتعامل معها المعالج، فالقلق يمثل أكثر الانفعالات انتشاراً بين العملاء الذين يحضرون للعلاج والارشاد النفسى. ويعتبر القلق فى الواقع أكثر الانفعالات النفسية استجابة للاشراط المضاد والذي أصبح أسلوباً علاجياً لمواجهة القلق. وفى أغلب الأحيان فإن الاسترخاء يستخدم كاستجابة مضادة لاستجابة القلق وذلك فى إطار أسلوب علاجي يعرف بالتخلص المنظم من الحساسية. Systematic Desensitization كذلك يمكن للمعالج أن يستخدم استجابات أخرى غير الاسترخاء كاستجابات مضادة لاستجابة القلق. ومن هذه الاستجابات استجابة الضحك، السلوك التوكيدي (توكيد الذات)، الغضب، تناول الطعام، والتخيل الانفعالي، والتنفيس. وقد يختار المعالج واحدة من تلك الاستجابات ليستخدمها كبديل عن الاسترخاء إذا كان من الصعب على العميل أن يدخل إلى حالة الاسترخاء. ويكون اختيار هذه الاستجابة البديلة من واقع استجابات العميل نفسه.

ويعتبر الضحك من الأساليب الجيدة في تكوين اشراط مضاد للقلق إذا كان الشخص بوسعه أن يتعلم الضحك وهو منفرد بنفسه أو في موقف. وفي البداية قد يكون من الضروري أن يغير العميل للموقف في تخيله حتى يجعله أكثر إبهاجاً (سروراً). وعلى سبيل المثال إذا أمكننا أن نجعل الأم تتخيل كيف تبدو عندما تقلق أو تغضب فإنها بهذه الطريقة قد تكون اشراطاً مضاداً للقلق. وقد ذكر فيننس (١٩٧٣) Ventis حالة طالبة كانت قلقة من حضور حفل تعلم أن خطيبها السابق سيحضره، وقد تمكن المعالج عن طريق مساعدتها على تخيل موقف مضحك لخطيبها السابق أن يساعدها على الاشرط المضاد للقلق. وبعد جلسة واحدة وتقديم مدرج للمثيرات كانت الفتاة قادرة على حضور الحفل مع أنني قدر من الضيق.

كذلك فإنه في بعض الحالات يصبح السلوك التوكيدي (توكيد الذات) هو الاستجابة المناسبة لتضاد استجابة القلق ويمكن للمعالج السلوكي أن يستخدمها في أحداث الاشرط المضاد. ذلك أن كثيراً من الناس يكون لديهم قلق في المواقف التي لا يكونون فيها مؤكدين لنواتهم. ويعتبر التدريب على السلوك التوكيدي (انظر الفصل الخامس) جانباً هاماً من جوانب التدريب على المهارات الاجتماعية بالإضافة إلى كونه سلوكاً يمكن أن يضاد سلوك القلق.

كذلك فإن المعالج السلوكي قد يلجأ في بعض الاحيان إلى استجابة الغضب كاستجابة مضادة للقلق. وقد استخدم بتلر (١٩٧٥) Butler الغضب للاشرط المضاد لمجموعة متنوعة من المخاوف في مرضاه بما في ذلك الخوف من التنقل بعيداً عن البيت لمسافة تزيد على ٥٠٠ متر (نوع من الخوف من الاماكن الواسعه). وقد اشتمل العلاج على جعل المرضى

يتخيلون مشاهد مثيرة للقلق وانهم يستجيبون لها بالغضب المشتمل على التلطف واستخدام القوة العضلية.

كذلك فإنه في بعض الاحيان يمكن استخدام الطعام وتناوله للاشراط المضاد للقلق. وقد رأينا أن ماري كوفر جونز (Jones, M.C. ١٩٢٤) في دراستها الشهيرة لازالة الخوف من أحد الاطفال قد استخدمت الطعام (الحلوى) الذي يفضلها الطفل كاستجابة بين مجموعة استجابات لاحداث الاثرط المضاد لدى الطفل الخائف من الارانب. وقد وضعت جونز الأرنب في داخل قصص في ركن من الحجرة حيث كان الطفل يبتر (الذي يبلغ من العمر ثلاث سنوات ويعانى من الخوف من الأرانب) يلعب ويتناول الطعام. وفي كل يوم كانت الباحثة تقرب الأرنب قليلا نحو الطفل (فى تدرج) حتى انتهى العلاج إلى وجود الأرنب خارج الققص ويبتر يلعب معه.

وقد استحدث لازاروس وأبرامويز (Lazarus & Abramowitz ١٩٦٢) أسلوب التخيل الانفعالى Imotive Imagery حيث تستخدم التخيلات التى تثير مشاعر مثل الفخر والحب وتأكيد الذات والمرح كاستجابات مضادة للقلق. وقد استخدم الباحثان هذا الأسلوب مع طفل يخاف من الظلام وذلك باستغلال حبه الشديد لمبلمل اذاعى وقد اشتمل العلاج على جعل الطفل يتخيل نفسه فى قصة تجمعه فى مواقف مع سوبرمان وكابتن سيلفر حيث يتخيل نفسه فى مواقف يحدث فيها الظلام بالتركيز. وفى نهاية الجلسة الثالثة من العلاج كان الطفل المذكور قادرا على أن يتخيل نفسه بمفرده فى غرفته وقد أطفئت جميع الأضواء وينتظر أن يتحدث مع سوبرمان. وقد أدى العلاج بهذه الطريقة إلى استبعاد الخوف من الظلام وأدى كذلك إلى تحسن الطفل فى اداء الواجبات المدرسية وتقليل شعوره بعدم الأمن.

أنواع أخرى من الاثرراط المضاد:

أن المنطق الذى يحكم استخدام الاثرراط المضاد للقلق باستخدام أسلوب الاسترخاء كاستجابة مضادة له يمكن أن ينطبق أيضا على الإشرراط فى علاج انفعالات أخرى مثل الغضب والغيرة والاحباط. وعلى سبيل المثال فقد استخدم ايفانز (١٩٧٢) Evans طريقة التخلص المنظم من الحساسية فى الاثرراط المضاد للغضب لدى تلميذات مدرسة للتمريض. كما استخدم كوثارين وميكولاس (١٩٧٥) Cotharin & Mikulas نفس الأسلوب فى إنهاء الانفعالات المرتبطة بالتحيز العنصرى وفى نهاية العلاج أصبح العملاء وهم من الطلاب البيض فى إحدى المدارس الثانوية قادرين على أن يتعاملون فى ود مع الطلاب السود على حين كانوا قبل العلاج يتجنبون الاختلاط بهم ويشعرون بالضيق فى المواقف التى يتعاملون فيها معهم.

كذلك يمكن أيضا استخدام الاستجابات المضادة التى سبق أن ذكرناها وذلك لاحداث الاثرراط المضاد للاستجابات الانفعالية غير المرغوبة. وقد وصف سميث (١٩٧٣) Smith حالة استخدم فيها السرور كاستجابة مضادة للغضب. حيث كانت المريضة وهى امرأة فى الثانية والعشرين من عمرها لاتستطيع أن تضبط غضبها تجاه زوجها أو طفلها البالغ من العمر ثلاث سنوات حيث كان الغضب يتولد لدى الأم ازاء أى خطأ يأتى به الابن ويشتمل هذا الغضب الشديد على العلاج وتكسير الأواني والضرب الشديد للطفل. وقد قام المعالج بتكوين مدرج للمواقف التى تثير غضب الأم ثم حول هذه المواقف إلى صورة مبالغ فيها من اشارة المرح وباستخدام الاثرراط المضاد مع هذا المدرج امكن تقليل الغضب الذى تولده هذه المواقف وأمكن مساعدتها على ضبط انفعالاتها وجعلها تنتظر إلى المواقف التى كانت تثير غضبها فى شكل موضوعى.

ويمكن القول عامة أنه قد يكون من الممكن أن تكون اشرطاً مضادا لأي استجابة مشروطة غير مرغوبة (مثل القلق والغضب والخوف) وذلك باستخدام أى استجابة مضادة لها (مثل الاسترخاء أو المرح). ونظرا لأنه يكون يوسعنا أن نوقف عملية الاشرط عند أى نقطة محايدة فانه لايهمنا ما إذا كانت الاستجابة المضادة التى نستخدمها هى نفسها مرغوبة ام لا. وقد رأينا من قبل كيف استخدم بعض المعالجين الغضب كاستجابة مضادة لاستجابة الخوف. وهذا الموقف يساعد المعالج على اعداد الاشرط المضاد بما يناسب المشكلات والمهارات الخاصة بالعمل الذى يعالجه. ويتوقف اختيار الاستجابة المضادة على مالىدى العمل من مخزون من الاستجابات أو مايسطيع أن يتعلمه منها وكذلك يتوقف على ماهى الاستجابة المرغوب تعلمها بصفة عامة فى حياته (مثلا تعلم الاسترخاء والسلوك التوكيدى يفيدان العمل فى حياته بجانب استخدامهما فى الاشرط المضاد للقلق أو الخوف).

وسوف نتناول فى فصول قادمة بالحديث اسلوب الغمر Flooding واسلوب التخلص المنظم من الحساسية Systematic Desensitization وكذلك اسلوب تأكيد الذات (السلوك التوكيدى) كأساليب علاجية متخصصة.

الفصل الرابع

التخلص المنظم من الحساسية Systematic Desensitization

التخلص المنظم من الحساسية، أسلوب من اساليب العلاج السلوكى يستخدم فى علاج حالات القلق والخوف، ويقدم على اساس من قاعدة الاشرط المضاد . ويرجع تطوير هذا الاسلوب واستخدامه فى مجال العلاج النفسى إلى جوزيف ولبة Walpe ومما هو جدير بالذكر أن العلماء المسلمين كان لهم السبق فى الكتابة عن استخدام هذا الاسلوب فى العلاج. وعلى سبيل المثال نجد الامام الغزالى يتحدث عن العلاج بالصد بشكل كبير عند حديثه عن تهذيب الاخلاق فى مؤلفه احياء علوم الدين. كذلك يشير الامام ابن قيم الجوزية إلى طريقة لعلاج الخوف الذى يصيب الطفل الرضيع تعتمد ايضا على الاشرط المضاد فيقول رحمه الله فى مؤلفه تحفة الودود باحكام المولود*.

"وينبغى أن يوقى الطفل كل أمر يفزغه من الأصوات الشديدة الشنيعة، والمناظر الفظيعة، والحركات المزعجة، فإن ذلك ربما أدى إلى فساد قوته العاملة لضعفها، فلا ينتفع بها بعد كبره، فإذا عرض له عارض من ذلك، فينبغى المبادرة إلى تلافيه بضده، وإيناسه بما ينسيه إياه، وإن يلزم ثنيه فى الحال، ويسارع إلى رضاعته ليزول عنه ذلك المزعج له، ولا يرتسم فى قوته الحافظة فيعسر زواله. ويستعمل تمهيده بالحركة اللطيفة إلى أن ينام، فينعس ذلك، ولا يهمل هذا الأمر، فإن فى اهماله اسكان للفزع والروع فى قلبه، فينشأ على ذلك ويعسر زواله ويتعذر".

وفى اطار علم النفس الحديث فان التجربة التى قامت بها مارى كوفر جونز لعلاج الطفل ألبرت من الخوف من أهم الاعمال التى مهدت لفكرة الاشرط المضاد التى استفاد منها وليبه فى اقتراح طريقته فى العلاج.

* ص ٢٣٣ طبعة مكتبة دار البيان دمشق (١٩٧١)

تجارب ولبيه:

أجرى ولبيه مجموعة من التجارب على القطط، حيث قسمها إلى مجموعتين. في المجموعة الأولى كانت القطط تسمع أزيز جرس وهى فى أقفاصها تعقبه صدمة كهربائية مؤلمة. أما فى المجموعة الثانية فإن أزيز الجرس كان يصحبه الطعام ثم تعقبه بعد ذلك الصدمة الكهربائية وبذلك يتولد صراع حافزين متضادين هما الجوع والخوف وكلاهما يرتبط بنفس المثير أى صوت الأزيز، وقد كانت التجارب قبل ولبيه قد أوضحت أن العصاب التجريبي ينتج من موقف صراع وهى فكرة ظهرت من قبل فى كتابات فرويد وتحقق دولارد وميلر من وجودها. وقد استنتج وولبيه أن القطط فى المجموعة الأولى أظهرت استجابة خوف شبيهة فى شدتها بتلك التى أظهرتها المجموعة الثانية (مجموعة الصراع) وبذلك فإن الصراع لم يكن ضروريا لتكوين الاستجابة العصبائية (للخوف). وبذلك قدم ولبيه نموذجا للخوف يقوم على أن الخوف استجابة يتم اشراطها لمثيرات معينة بناءً على قواعد الاشرط الكلاسيكى وقد لاحظ ولبيه فى تجاربه على القطط أن النتيجة الهامة كانت توقفها عن تناول الطعام (نتيجة الخوف) وقد افترض بناء على ذلك أنه إذا كان القلق أو الخوف قادرا على كف تناول الطعام فربما يكون تناول الطعام قادرا على كف القلق (أو الخوف) واستخدم للتعبير عن هذه الظاهرة اصطلاح الكف المتبادل Reciprocal Inhibition وهو اصطلاح استخدمه قبله عالم الفيزيولوجيا شيرنجتون (1906) Sherington. ولما كان ولبيه قد لاحظ أن القطط قد أظهرت أقصى درجات الخوف حين كانت فى اقفاصها الأصلية على حين أظهرت درجة أقل نسبيا من الخوف عندما وضعت فى اقفاص جديدة مختلفة تماما عن اقفاصها الأصلية وبعد إطعامها فى هذه الاقفاص ينقلها إلى اقفاص قريبة الشبة باقفاصها الأصلية ويقدم لها الطعام من جديد.

وقد استمر في عملية إعادة تقديم الطعام على هذا النحو حتى تم نقل الحيوانات التي اقتصصها الأصلية مع تقديم الطعام لها ولاحظ أن القطط قد عادت لاقصصها الأصلية دون أن تظهر أى علامات للخوف. وبنفس المسار كان ازيز الجرس يصاحب تقديم الطعام حتى أصبح هو الآخر لا يولد أى قلق.

بناء على نتائج هذه التجارب، بدأ ولبه فى البحث عن استجابات عليها أن تكف للقلق لدى الانسان (استجابات مضادة للقلق)، بحيث يمكن استخدامها كأسلوب للعلاج.

ومن الغريب أن ولبه رغم أنه استخدم الطعام فى تجاربه على القطط فإنه لم يحاول استخدامه كاستجابته (تناول الطعام) مضادة للقلق وإنما ركز على استخدام الاسترخاء، وتوكيد الذات كأسلوبين أساسيين فى عمله العلاجي.

وفى الوقت الحالى، فإن اصطلاح التخلص المنظم من الحساسية يقتصر استخدامه على الحالات التى يستخدم معها الاسترخاء Relaxation كاستجابة مضادة أو مناسبة لاستجابة القلق أو الخوف. أما تأكيد الذات Self Assertion فقد أصبح هو الآخر أسلوباً علاجياً قائماً بذاته.

وتشير الكتابات والدراسات فى مجال علم النفس والطب النفسى إلى أن أسلوب التخلص المنظم من الحساسية يستخدم على نطاق واسع وبنجاح كبير فى علاج المخاوف المرضية (الفوبيا Phobia) ومن بين المخاوف التى استخدم معها هذا الأسلوب بنجاح: الخوف من المرتفعات، الخوف من قيادة السيارات، الخوف من حيوانات أوحشرات أو هوام، الخوف من الامتحانات، الخوف من الطيران ومن الماء ومن المدرسة ومن الرؤساء ومن الزحام بل

وحتى الخوف من الموت. وكذلك استخدام هذا الأسلوب مع مجموعة أخرى من الاضطرابات التي ليس لها طبيعة الخوف مثل اضطرابات الكلام وأزمات التنفس والأرق وتعاطي الخمر والغضب والتجوال السباتي والكوابيس الليلية الخ (ريم وماسترز ١٩٨٠ Rimm & Mastars). وفي المعتاد فإن المعالجين الذين يستخدمون أسلوب التخلص من الحساسية لمعالجة هذه الاضطرابات (غير المخاوف) يفترضون أنها تنشأ عن خوف مرتبط بأحداث خارجية معينة وبذلك فهي تشبه استجابات المخاوف. وعلى سبيل المثال فإن بعض المتعاطين للخمر يزداد تناولهم لها وبشكل مفرط بعد معايشة نوع من الاخفاق وكذلك فإن بعض الافراد الذين لديهم أفكاراً ومواسية قد يعايشون هذه الأفكار فقط عندما يواجهون موقفاً مثيراً للقلق. ويتطلب العلاج باستخدام أسلوب التخلص المنظم من الحساسية لعدد قليل نسبياً من الجلسات العلاجية حيث يقدر متوسط عدد الجلسات في هذا النوع من العلاج بين ١٦، ٢٣ جلسة.

وصف طريقة التخلص المنظم من الحساسية:

تعتبر طريقة التخلص المنظم من الحساسية وسيلة هامة لمساعدة المسترشدين أو المرضى في التغلب على استجابات القلق والمخاوف التي اشترطت لمواقف أو أحداث خاصة، وقبل أن نصف هذه الطريقة نود أن نشير إلى أن الاشخاص الذين يبحثون عن علاج لقلق نوعي محدد المصدر (لتمييزه عن القلق الطليق) ينقسمون إلى مجموعتين. ففي المجموعة الأولى تكون المشكلات الخاصة بهؤلاء الافراد مرتبطة بوجود قلق غير منطقي (أو خوف غير منطقي) ومثل هؤلاء الافراد يفيد أسلوب التخلص المنظم من الحساسية في علاجهم بشكل كبير ويعتبر القلق غير منطقي إذا كان هناك دليل على أن المريض لديه المهارات الكافية للتغلب على ما يخاف منه ولكنه

اعتاد على الموقف الذى يحدث فيه الخوف وإذا حدث وكان من الصعب عليه أن يتفادى هذا الموقف فإن أدائه يكون فى مستوى أننى من قدراته. فالسائق الذى لديه خبرة ومهارة فى قيادة السيارات قد يتجنب قيادة السيارة تماماً فى أعقاب تعرضه لحادث وإذا قلد السيارة فإنه قد يقودها بمهارة أقل مما اعتاد عليه بسبب نقص انتباهه نتيجة لما يعانيه من قلق. أما المجموعة الثانية فإن الخوف فيها يكون منطقياً إلى حد ما سواء كان مرجع ذلك إلى نقص المهارات المناسبة لدى الفرد أو بسبب وجود خطورة حقيقية فى الموقف الذى يخاف منه أو لكليهما. وفى مثل هذه المشكلات فإن التخلص المنظم من الحساسية لا يكفى وحده كاسلوب علاجى بل قد يكون غير مناسب بالمرّة كعلاج فى مثل هذه الحالات فمثلاً السائق حديث العهد بقيادة السيارات نتوقع منه أن يتجنب استخدام طريق جبلى وعر فى يوم ممطر. وقد تؤدى عملية التخلص المنظم من الحساسية إذا نجح المعالج فى استخدامها فى هذه الحالة إلى نتائج قاتلة بالنسبة للعميل (لاقدامه على مخاطرة أكبر من مستوى قدراته) ومن ثم فإن المعالج قد يتجه بدلاً من استخدام هذا الأسلوب إلى مساعدة السائق على اكتساب مزيد من المهارة المناسبة فى قيادة السيارات من خلال البرامج التدريبية المناسبة بدلاً من مساعدته على التخلص من الخوف (وهو فى هذه الحالة خوف معقول ومنطقي) وتقع على المعالج مهمة ومسئولية تحديد ما إذا كان القلق الذى يعاني منه العميل منطقياً أم غير منطقي. فإذا حدد أن هذا القلق غير منطقي فإن اسلوب التخلص المنظم من الحساسية يصبح هو العلاج المناسب.

وإذا ماقرر المعالج أن اسلوب التخلص المنظم من الحساسية هو الأسلوب المناسب لعلاج العميل من مخاوفه، فإنه يقوم بشرح بسيط للمراحل

المختلفة التى يمر بها العلاج والفكرة التى يقوم عليها: ويمكن للمعالج أن يقول على سبيل المثال.

"إن الانفعالات التى نعيشها (مثل القلق والخوف) إنما هى نتيجة لخبرات سابقة. مررنا بها مع بعض الناس أو بعض المواقف، وهذه الاستجابات الانفعالية قد تؤدى فى اغلب الأحيان إلى مشاعر القلق والتوتر وهى مشاعر غير ملائمة...ولما كان ادراك مثل هذه المواقف يحدث داخليا فإنه بوسعنا أن نعمل سويا ونتعامل مع هذه الانفعالات غير المناسبة هنا فى المكتب وذلك عن طريق تخيل المواقف".

ثم أن المعالج يبدأ بعد ذلك فى تعريف العميل بالاسلوب الذى يستخدمه فى العلاج وإن هذا الاسلوب يعرف باسم "التخلص المنظم من الحساسية" (يطلق عليها البعض اسلوب التحصين التدريجى أو اسلوب التنظيم التدريجى) وأن هذا الاسلوب يشتمل على مرحلتين أساسيتين هما:

المرحلة الأولى: وتتكون من التدريب على الاسترخاء حيث سأقوم بتعليمك كيف تصبح أكثر استرخاء عما تعودت أن تكون عليه.

أما فى المرحلة الثانية: سوف أقوم بمساعدتك على تخيل المواقف التى تثير لديك القلق وذلك بشكل متدرج ومتتابع وانت فى حالة الاسترخاء.

وقبل أن يمضى المعالج إلى أبعد من ذلك فإنه يجب عليه أن يجيب على أى أسئلة قد يوجهها العميل حول الطريقة أو حول النتائج المتوقعة من العلاج. ويجب فى خلال هذه المرحلة وكذلك فى باقى مراحل العلاج أن يتأكد المعالج أنه قد كون علاقة جيدة وآمنة مع العميل يشعره فيها بالتقبل والتفهم والمشاركة.

خطوات العلاج

يشتمل اسلوب التلخيص التدريجي من الحساسية على الخطوات التالية:

١- التدريب على الاسترخاء.

٢- اعداد مدرج للقلق.

٣- مرحلة العمل (عملية التلخيص المنظم من الحساسية)

١- التدريب على الاسترخاء:

يتم هذا التدريب في غرفة هادئة ذات اضاءة خافتة وتكون بعيدة عن الضوضاء الخارجية وبها اثاث بسيط. ومن المفضل أن تشمل الغرفة على أريكة (كرسى مستطيل) حيث يمكن تيسير الاسترخاء عن طريق استلقاء العميل عليها فاذا لم توجد الأريكة فيمكن استخدام كرسى كبير ومريح.

والخطوة الأولى في الاسترخاء تبدأ بان يجلس العميل على الكرسي ويسند ظهره إليه (أو يلتقى على الأريكة) ثم يغمض عينيه.

ثم يقول المعالج:

(سوف أقوم بتدريبك على كيفية الاسترخاء، وسوف أطلب منك اثناء التدريب أن تقوم بشد بعض العضلات في جسمك ثم ارخاءها وهكذا في بقية عضلات الجسم - هل تفهمنى؟)

ثم يبدأ المعالج بعد ذلك في خطوات الاسترخاء للموضحة في نهاية هذا الفصل وهى موضوعة على أساس الاسلوب الذى طوره جاكوبسون (١٩٣٨) ومن المفضل أن يتم توجيه تعليمات الاسترخاء بصوت هادئ ومريح، وتستغرق كل خطوة حوالى عشر ثوان يتخللها راحة بين ١٠، ١٥ ثانية بينها وبين الخطوة التى تليها. ويستغرق التمرين كله حوالى نصف ساعة.

ويفضل فى الجلسة الأولى للاسترخاء أن يقوم المعالج أيضاً بخطوات الاسترخاء مع العميل حتى يمكن له أن يلاحظ إذا لزم الأمر كيف يقوم المعالج بكل خطوة. كما ينصح المعالج بأن يجعل مدة الفواصل بين الخطوات بحيث تتناسب العميل الذى يعمل معه كما يشجعه على أن يمارس الاسترخاء بنفسه فى المنزل ويفضل أن يكون ذلك بواقع مرتين فى اليوم. كما يمكن أن تساعد العميل على ذلك بتسجيل الخطوات على شريط كاسيت يستخدمه العميل بعد ذلك.

وقد يحدث فى بعض الأحيان أن يشعر بعض العملاء بعدم الارتياح أثناء الجلسة الأولى للتدريب على الاسترخاء وبالتالي فقد لا يصلون إلى الاسترخاء العميق على الوجه المطلوب، وفى مثل هذه الحالات فإن التدريبات المنزلية قد تساعدهم على اتمام ذلك.

وفى المعتاد أن يستغرق التدريب على الاسترخاء من جلستين إلى ثلاث جلسات. ويمكن للمعالج أثناء التدريب أن يستعمل بعض الكلمات المشجعة والمساعدة مثل "خذ نفساً بشكل طبيعى" احتفظ بعضلاتك مسترخية" لاحظ كيف تحس الآن أن عضلاتك دافئة وثقيلة ومسترخية" وفى بعض الحالات قد يصبح من الصعب على بعض الأفراد أن يتموا الاسترخاء حيث يكون من الصعب على البعض أن يسترخى فى وجود الآخرين أو أن يغمض عينيه لفترة تزيد على بضع ثوان بل أن البعض "وهم قلة" يخافون من الاسترخاء. وقد أوصى كل من برادى ١٩٦٦ Brady، فرايدمان Friedman باستخدام بعض العقاقير مثل البريفيثال "ميثاكستون الصوديوم" كما استخدم البعض مزيجاً من غازى ثانى أكسيد الكربون والأكسجين (وليه ولازاروس ١٩٦٦، ولية ١٩٧٧)

٢- اعداد مدرج القلق:

من الضروري أن يحدد المعالج مصدر القلق لدى العميل سواء كان هذا المصدر مواقف أو أفكارا ويمكن أن يتم ذلك باستخدام أساليب تقدير وتحليل السلوك التي سبق الحديث عنها في الفصل الثاني حيث يمكن أن يتم ذلك باستخدام المقابلة أو أسلوب التسجيل الذاتى أو الملاحظة أو المذكرات الشخصية أو باستخدام بعض استبانات الخوف (مثلا قائمة المخاوف-انظر الفصل الثانى) أو بعض القياسات للفيزيولوجية. وبعد تحديد المثيرات المولده للقلق فانها تقسم إلى مجموعات تبعا للعناصر المشتركة بينها كما يحدث فى مدرج الموضوع Thematic hierarchy فمثلا قد يشعر شخص ما بالقلق من نقد الآخرين له ومن حماسيته الذاتية العالية ومن سوء فهم الآخرين له. ومثل هذا الشخص تكون مخاوفه مركزة حول موضوع عام للخوف وهو الخوف من الأحكام الاجتماعية المضادة (للتقويمات السلبية عنه). وكذلك قد تجمع بعض المثيرات تبعا لحادثة معينة مثل الطلاق. ومثل هذه المجموعة تصبح الأساس الذى يبنى عليه مدرج مكانى وزمانى Spatio-temporal hierarchy.

والمشكلة التى نقابلها فى هذا الصدد هى أن المعالج قد يقسم المثيرات بناء على موضوع أو حادث غير مناسب. فعلى سبيل المثال فان الخوف من التواجد فى المركبات العامة (الحافلات) للمرحمة أو المصاعد أو فى ساعات الذروة للمرور هذه كلها قد تصنف تبعا لموضوع واحد هو الخوف من الزحام البشرى على حين أن الموضوع الحقيقى الذى يجمع بينها ربما يكون الخوف فى منطقة محددة. ولهذا فان عملية اختيار موضوعات أو عناصر مشتركة يعتبر من المهارات التى ينبغى على المعالج أن يدرّب نفسه عليها.

ويعد تحديد مصادر القلق وتقسيمها إلى مجموعات فإن المعالج يتولى تحديد ما يحتاج منها الى علاج. فهناك مخاوف تكون ذات طبيعة تكيفية يحتاجها الفرد في حياته. فالطالب الذى يخاف من مسابقة زملائه فى المدرسة فى التنخيز فى دورات المياه لايمكن أن نعالجه من هذا الخوف فهو خوف مرغوب وصحى وله قيمة تكيفية. كذلك من الممكن أن نعزل بعض المخاوف أو نوجل علاجها لأنها لاتمثل أهمية ضاغطة بالنسبة لمشكلات العميل الأساسية. وهناك مخاوف تقوم على اساس من مفاهيم أو ادراكات خاطئة.

وربما يكون أفضل علاج فى هذه الحالة أن نستخدم اسلوبا تعليميا (مثلا الخوف من الإصابة بالامراض العقلية) لكن هناك كذلك مخاوف مرضية تنشأ من الخبرات السابقة والارتباطات الانفعالية وليس عن مجرد تصورات خاطئة وهذه هى المخاوف التى نستخدم معها اسلوب التخلص المنظم من الحساسية.

أما الخطوة التالية فى اعداد مدرج القلق فهى أن نأخذ كل مجموعة من مثيرات الخوف (عادة يوجد لدى العميل مجموعتان أو أكثر من هذه المجموعات) وترتب هذه المشكلات فى شكل تدرج قائم على ترتيب المثيرات تبعا لكمية القلق أو الخوف التى تولدها لدى العميل مع وضع الجوانب التى تولد أقصى درجة من القلق فى قمة المدرج وأقلها فى القاعدة. وقد تقيد القياسات الفزيولوجية فى هذا الترتيب ولكن من المعتاد الاعتماد على التقدير الشخصى للعميل نفسه عن كمية القلق التى يعايشها فى الموقف الطبيعى. ولكى نسهل هذا التقدير يمكن أن نستخدم المقياس الذى اقترحه ولبه حيث يكون فى اعلاه الدرجة ١٠٠ والتى تمثل اسوأ درجات القلق الذى يمكن للفرد أن يتخيله، وفى قاعدة المقياس توجد الدرجة صفر والتى ترمز

إلى عدم وجود قلق. وتعرف وحدات هذا التدرج بوحدات القلق الشخصية. وبذلك فإن العميل يعبر عن درجة قلقه في صورة وحدات (درجات) بين صفر، ١٠٠. ويقترح ولبه ألا تزيد الفروق بين الفقرات المتتابعة عن ٥-١٠ وحدات وبذلك فقد نحتاج إلى إضافة فقرات جديدة كلما دعت الحاجة لذلك.

ونورد فيما يلي أمثلة لبعض مدرجات القلق والخوف.

أ- مدرج القلق لدى طالب لديه قلق شديد من الامتحانات:

١- ليلة الامتحان حيث يبدأ أول الامتحانات في صباح الغد (أعلى درجة للقلق ١٠٠)

٢- عند قراءة السؤال الأول من الامتحان.

٣- عند انتهاء المحاضرات النظامية وإعلان جداول الامتحانات.

٤- عندما يبدأ الاساتذة في تذكيرنا ببعض الجوانب الخاصة بالامتحانات.

٥- عندما يسألني زميل لي عن بعض الاجراءات الخاصة بالامتحانات.

٦- عند بدء الفصل الدراسي والاساتذة يتحدثون عن مطالب المقررات (أدنى درجة للقلق صفر)

ب- مدرج للخوف من البقاء منفردا في المنزل^(١)

١- الجلوس منفردا في غرفة المعيشة في المنزل والأبواب مغلقة (أعلى درجة من القلق)

٢- التفكير في أنني سأكون بمفردي قبل ساعات من حدوث ذلك فعلا.

(١) نقلا عن كلنر وجولد شنين ١٩٨٠ Helping people change

- ٣- البقاء فى المنزل مع أحد الأخوة الأصغر منى سنا.
 - ٤- اسير بالسيارة منفردا فى الليل مع الاحساس أن هناك شخصا ما يتبعنى.
 - ٥- البقاء فى غرفتى بمفردى اثناء النهار.
 - ٦- الذهاب إلى الكلية مبكرا فى الصباح حيث يكون هناك عدد قليل من الطلاب.
 - ٧- التفكير فى احتمال أن اكون بمفردى فى البيت اثناء النهار.
 - ٨- أن اكون مع زميل واحد فقط فى حجرة الدراسة.
 - ٩- أن أكون مع مجموعة من الزملاء فى المختبر (أقل درجات القلق).
- د. مدرج الخوف من السفر بالطائرة:
- ١- فى الطائرة اثناء تحليقها فى الجو (أعلى الدرجات).
 - ٢- فى الطائرة عند اقلاعها.
 - ٣- فى الطائرة قبل الاقلاع.
 - ٤- اثناء انتظار الاعلان عن الدخول للطائرة.
 - ٥- اثناء اجراءات السفر.
 - ٦- فى الطريق إلى المطار.
 - ٧- ليلة السفر.
 - ٨- قبل موعد السفر بأسبوعين.
 - ٩- عند شراء تذكرة السفر.
 - ١٠- عند بدء التفكير فى السفر.

١١- عند رؤية طائرة تحلق في الجو.

١٢- عند سماع كلمة طائرة.

(أقل الدرجات)

٣- مرحلة العمل (إجراءات التخلص المنظم من الحساسية) :

بعد أن يتم تدريب العميل على الاسترخاء واعداد مدرج القلق، تبدأ عملية التخلص التدريجي من الحساسية والتي تتم إما في الواقع الملموس In Vivo أو عن طريق التخيل وهو الأكثر شيوعاً. وإذا كان العميل لديه أكثر من نوع من المخاوف وأعدنا معه أكثر من مدرج لهذه المخاوف فإن العلاج يركز في البداية على أكثر هذه المخاوف أهمية بالنسبة له. وقد يمكن للمعالج أن يتعامل في الجلسة الواحدة مع أكثر من مدرج للخوف.

وتبدأ الجلسة الأولى في مرحلة التنفيذ بأن نطلب من العميل أن يسترخي بنفسه لمدة حوالي خمس دقائق (أي يدخل إلى الاسترخاء) مع الإيحاء بأنه قد أصبح أكثر استرخاء وأنه يحقق استرخاء اعمق ويطلب المعالج من العميل أن يشير باصبع المصباح اليماني عندما يصبح في حالة من الاسترخاء والشعور بالراحة... وعندما يشير العميل بأنه وصل إلى الاسترخاء فإن المعالج يطلب إليه أن يتخيل مشهداً من المواقف التي حددها في مدرج القلق ويكون هذا المشهد عادة هو أقل المواقف إثارة للقلق ويعرف بالمشهد الضابط، ويجب أن يكون التخيل لأوضح درجة ممكنة. فليقول المعالج للعميل:

"تخيل المشهد كما لو كنت تعيش فيه فعلاً" ثم ينتقل بعد ذلك إلى مشهد آخر وهكذا إلى أن يشير العميل بأنه قد بدأ في الشعور بالتوتر، ويكرر المعالج تقديم المشهد الواحد من ثلاث إلى أربع مرات تستغرق كل مرة حوالي عشر ثوان.. وفيما يلي مثال لفقرة من حالة خوف (قلق) من الامتحانات:

"الآن توقف عن تخيل ذلك المشهد وركز انتباهك مرة أخرى على الاسترخاء.. والآن تخيل انك تذاكر دروسك في المنزل في المساء وقد بقى على الامتحان شهر واحد (وقفه لمدة ٥ ثوان) ... توقف عن تخيل هذا المشهد (وقفه من ١٠-١٥ ثانية) والآن تخيل نفس المشهد مرة ثانية - أنت قبل شهر من الامتحان تستذكر دروسك في منزلك في المساء (وقفه ٥-١٠ ثوان) توقف عن تخيل هذا المشهد وفكر من عضلاتك واستمتع بحالة الهدوء التي تمر بها (وقفه ١٥ ثانية) والآن تخيل انك تستذكر دروسك في البيت قبل الامتحان بشهر (وقفه بين ٥-١٠ ثوان) ... أوقف المشهد وفكر فقط في حالتك البدنية....."

(عن وليه ١٩٦٩ ص ١٢٦)

وتُعرض المشاهد التي يتخيلها العميل في شكل تصاعدي تبعا للمدرج الذي تم اعداده وذلك بدءاً بأدناها إثارة للقلق وتدرجا معها إلى اعلى حتى نصل إلى أكثر الفقرات إثارة للقلق. وفي المعتاد أن يعرض في الجلسة الواحدة بين ٣-٤ مشاهد (يشتمل مدرج القلق في المعتاد على حوالي ٢٠-٢٥ مشهدا) ويمكن تخصيص باقى الجلسة لمناقشة بعض الجوانب المتصلة بمخاوف العميل أو تخصص للقيام بجانب من عملية التخلص المنظم من الحساسية باستخدام مدرج لنوع آخر من المخاوف أو للعمل مع مشكلة أخرى للعميل.

ويحسن أن يحتفظ المعالج ببطاقات يسجل عليها المشاهد التي عرضها على العميل وتاريخ العرض ومدة العرض. ومن المستحسن عدم الانتقال إلى مشهد جديد الا بعد أن يعيش العميل المشهد المعروض لثلاث مرات متتالية بنجاح (أي بدون أن يشعر بعدم الارتياح) كما يجب على المعالج أن يراقب العميل خلال جلسات العلاج ليلاحظ علامات التعب عليه وان يستفسر منه

عما إذا كان يحس أن المناظر المعروضة عليه فى الجلسة الواحدة كثيرة، كما يمكن ملاحظة بعض التصرفات والمظاهر أثناء الاسترخاء وإثناء عملية التخيل مثل عدم الاستقرار فى المعقد أو الحركة السريعة للجفون أو التمتمة بكلام العينان مُغمضتان.

صور أخرى للتخلص المنظم من الحساسية:

أقترح بعض الباحثين صوراً أخرى من أسلوب التخلص المنظم من الحساسية فأقترح شيرمان (١٩٧٢) Sherman استخدام هذا الأسلوب بشكل واقعى (حى) In Vivo بدلاً من الاعتماد على التمثيل حيث يعرض العميل للفقرات (المواقف) التى يشتمل عليها مدرج القلق فى موقف حقيقى وفى هذه الحالة لا يستخدم الاسترخاء كاستجابة مضادة للقلق وإنما يستخدم الشعور بالامن فى وجود المعالج والعلاقة الارشادية كاستجابة مضادة للقلق. ويمكن على سبيل المثال أن يصحب المعالج العميل إلى المواقف التى يخاف منها وذلك بالتدرج. كما اقترح جولد فرايد (١٩٧١) Goldfried وميكنبوم (١٩٧٤) Meichenbaum أسلوب التخلص من الحساسية مع ضبط النفس، ويشتمل هذا الأسلوب على تخيل المواقف المخيفة وتخيّل العميل نفسه وهو يواجه الموقف المخيف.

الفصل الخامس

التدريب على السلوك التوكيدي
وإثبات الذات

قد يختلف الباحثون فيما بينهم حول تعريف السلوك التوكيدي Assertive Behavior ولكنهم يتفقون إلى حد كبير على الخصائص الأتية لهذا النوع من السلوك:-

١- السلوك التوكيدي سلوك يتصل بالعلاقات الشخصية ويتضمن التعبير الصادق والمباشر عن الأفكار والمشاعر الشخصية.

٢- السلوك التوكيدي سلوك ملائم من الناحية الاجتماعية.

٣- عندما يسلك الشخص بطريقة توكيدية فإنه يأخذ في اعتباره مشاعر وحقوق الآخرين.

ويهتم الباحثون في مجال السلوك التوكيدي بالتمييز بين التوكيد Assartion والعدوان Agression ويمكن تمييز العدوان بعدة طرق، فعلى سبيل المثال يمكن القول بأنه كدر من الناحية الاجتماعية (ولبه ١٩٧٣) أو أنه انتهاك لحقوق الغير (لاتنج وجاكوبوسكى ١٩٧٦). كما يرى البعض أنه لكي نطلق على سلوك ما بأنه عدواني فإنه ينبغي أن يتوفر قصد العدوان فيه. ويمكن القول بصفة عامة أن السلوك العدوانى سلوك له آثار سلبية على رفاهية الغير.

ويشتمل التدريب على السلوك التوكيدي على أى أسلوب علاجي يهدف إلى زيادة مقدرة الفرد على الاشتراك فعلا فى هذا النوع من السلوك. وتشمل الاهداف السلوكية لهذا النوع من التدريب على زيادة القدرة على التعبير عن المشاعر السلبية مثل الغضب والضيق وكذلك المشاعر الايجابية مثل الفرح والحب والامتنادح، ويفترض المعالج أن التوكيد الزائد يفيد العمل بطريقتين اساسيتين:

اولاً: أن المعالج تعتقد أن الملوك بطريقة أكثر توكيداً سوف يعطى العميل شعوراً أكبر بالراحة، بل أن معالجا شهيراً هو جوزيف ولبه قد اعتبر أن الاستجابة التوكيدية لها تأثير مشابه إلى حد كبير لتأثير الاسترخاء العضلى العميق فى امكانيه الكف المتبادل للقلق. وبذلك يمكن استخدام السلوك التوكيدى كاستجابة تضاد للقلق (انظر الفصل الرابع)

ثانياً: يفترض المعالج أن العميل حين يسلك بطريقة أكثر توكيداً فإنه سيصبح أكثر قدرة على تحقيق ميزات اجتماعية هامة وبالتالي يحصل على رضا أكبر فى الحياة. وتحقيق هذه المميزات وهذا الرضا يستلزمان نوعاً من التعلل وليس مجرد الانفعال التلقائى غير الاستجابى. ولهذا يجب على المعالج أن يتنبه فى تدريب العميل ألا يحدث تعميم للسلوك لمواقف تعود عليه بالضرر كأن يرد فى غلظة على رؤسائه فى العمل.

تطور اسلوب التدريب على السلوك التوكيدى:

يمكن القول بان جوزيف ولبه هو المؤسس الأول لطريقة التدريب على السلوك التوكيدى وان كانت الاسس العامة لهذا التدريب قد أوردها اندرو سالتر Salter ضمن كتاباته عن العلاج بالفعل المنعكس عام ١٩٤٨ أى قبل بدء الرحلة النشطة للعلاج السلوكى التى بدأت مع كتاب ولبه عن الكف بالتقيض (١٩٥٨) بعشر سنوات.

وتشتمل الطريقة التى وصفها سالتر على ستة أنواع رئيسية من التكريبات:

١- التحدث عن المشاعر Feeling talk

ويشتمل هذا النوع من التدريبات على التعبير حرفياً على أى شعور، ومن أمثلة ذلك:

"أنا أقدر هذا الشخص وكذلك أقدر كل شئ يعمل من أجله"
"لم يكن هذا تصرفاً نكياً مني"، "أحب الحساء"، "أفضل أن أشرب الشاي"

٢- استخدام تعبيرات الوجه:

وتشتمل هذه التدريبات على ممارسة التعبيرات بالوجه بما يتلاءم مع الانفعالات التي يعايشها الفرد مثل الفرح والخوف والحزن والضيق والغضب

٣- التعبير عن الرأي الشخصي في حالة مخالفة الرأي المطروح:

وفيه يمارس الشخص تعبيره عن رأيه الشخصي حين يكون لديه رأى يختلف عن الرأي المطروح من الآخرين.

٤- استخدام ضمير المتكلم بدلا من ضمير الغائب:

ويشتمل هذا الجانب على التكريب على التعبير عن الذات ونسب الأحداث والخبرات لها (الذات) بدلا من نسبها إلى ضمير الغائب أو بنائها للمجهول.

"لقد قمت بمقابلة ناجحة" بدلا من "لقد كانت مقابلة ناجحة"

"كانت اسئلتى هامة" بدلا من "لقد كانت الاسئلة هامة"

٥- التعبير عن الموافقة عندما يكون هناك اقتناع أو فائدة أורضا:

"وأنا ايضا أحب هذا الطراز من السيارات"

"وأنا اشارككم الرأي في أن هذا الاجتماع هام"

٦- ممارسة الارتجال:

ويقصد به أن يتكرب الفرد على الكلام الحر في صورة ارتجالية وبدون اللجوء بكثرة إلى الكلمات المعدة مسبقاً أو الموجهة عن طريق الكتابة. وفي الوقت الذي ظهر فيه كتاب سالتز كان ولبه يستخدم أيضاً التدريب التوكيدي فوجد في كتاب سالتز تشجيعاً على استخدام هذه الطريقة في العلاج. ولكن على الرغم من ذلك فقد كانت هناك اختلافات في وجهات النظر بين الاثنين. فعلى حين كان سالتز يرى أن التدريب التوكيدي (التدريب على الاستثارة) من الممكن استخدامه مع كل الحالات وأن السلوك التوكيدي يمكن أن يعمم إلى مواقف كثيرة، فإن ولبه كان على العكس من ذلك يرى أنه ليس من الضروري أن نستخدم التدريب التوكيدي مع كل عميل وكذلك ليس من الضروري أن يعمم العميل هذا السلوك إلى مواقف أخرى. وعلى سبيل المثال فقد لا يجد العميل صعوبة في أن يعبر عن تيرمه من سلوك أحد زملائه ومع ذلك فإنه قد لا يستطيع أن يعبر عن ذلك إزاء زوجته. وكذلك فقد أهتم ولبه بالنتائج المترتبة على التصرفات التوكيدية في العلاقات الاجتماعية وخاصة السلبية منها أكثر من اهتمام سالتز بها.

ومن بين الباحثين الذين ساهموا بشكل مباشر أو غير مباشر في تطوير فنيات التدريب التوكيدي مورينو (١٩٤٦، ١٩٥٥) والذي ذاعت شهرته كمؤسس لطريقة الميكودراما psychodrama في العلاج النفسي والتي تقوم على تمثيل درامي للاتجاهات والصراعات التي يمثلها العملاء أو المرضى من واقع الحياة. وتركز هذه الطريقة بشكل كبير على التلقائية والارتجال وتعتبر الميكودراما كطريقة لتمثيل الأنوار Role Playing شبيهة بأحد الفنيات التي يستخدمها ولبه بشكل أساسي في أسلوبه في التدريب التوكيدي وتعرف هذه الفنية "بتكرار السلوك" غير أن هناك نقاط اختلاف بين

الأسلوبين منها أن الميكودراما تشتمل في أهدافها على التنفيس والاستبصار وهي جوانب لا يهتم بها المعالجون السلوكيون بشكل أساسي.

ومن الأساليب العلاجية التي تتصل بشكل غير مباشر بطريقة التدريب التوكيدي الطريقة التي استخدمها كيلي (١٩٥٥) Kelly والتي تعرف بطريقة الدور الثابت Fixed Role وهي مزيج بين علم النفس السلوكي وعلم النفس المعرفي وتشتمل على استخلاص صورة لفرد خرافي متحرر من القلق ومن المشكلات السلوكية التي تسبب اضطراباً للعمل ثم ارشاد العميل إلى تمثيل هذا الدور. وهذه الطريقة التي اقترحها كيلي تشبه أسلوب الاسترجاع المتكرر للسلوك التي اقترحها ولبه في التدريب التوكيدي.

كذلك فإن ألبرت إليس Ellis صاحب نظرية العلاج العقلاني الانفعالي يستخدم تدريبات تشابه مع التدريب التوكيدي.

تقدير الحاجة للتدريب التوكيدي:

يمكن للمعالج السلوكي أن يحدد حاجة العميل إلى التدريب التوكيدي من خلال المعلومات التي يجمعها في المقابلة. وقد طور بعض الباحثين مجموعة من الاستبانات التي تستخدم في تقدير السلوك التوكيدي والتي يمكن بواسطتها تحديد مدى الحاجة التي للتدريب على هذا السلوك. ومن بين هذه المقاييس المقياس الذي طوره جالاس وباشتين (١٩٧٤) وجامبريك وريكي (١٩٧٥) وكذلك المقياس الذي اعده راثوس (١٩٧٣) Rathus. وقد اعد المؤلف الأول بالاشتراك مع على بداري صورة باللغة العربية على أساس من مقياس راثوس (انظر الملحق في نهاية هذا الفصل)، كما قدم المؤلف الثاني مقياساً للسلوك التوكيدي اعده عن موريس لور Lott, M. وآخرون (١٩٩٥) واستخدمه في دراسته مشتركة عن المهارات الاجتماعية والسلوك

التوكيدى والقلق الاجتماعى وعلاقتها بالتوجيه لمساعدة الآخرين وقياس خمسة ابعاد لهذا السلوك هى: النفاذ عن الحقوق والتوكيدية الاجتماعية، والتوجيهية والاستقلالية، والسعى للقبول.

ويمكن للمعالج أن يستفيد من عبارات المقياس فى توجيه بعض الاسئلة اثناء المقابلة. ومن واقع خبرتنا فى العمل الارشادى مع طلاب الجامعات فان نقص التوكيد قد يظهر بشكل مباشر فى حديث المسترشد عن مشكلة أو يكون ضمنيا فى عرض المشكلة. وفى الغالب فان المشكلات المعروضة والتي تشتمل على نقص فى التوكيد ترتبط بالخوف أو القلق الاجتماعى (أو الخجل) والقلق بصفة عامة والشكوى من اضطرابات الكلام وكذلك فى بعض حالات الاكتئاب.

وقد أوضحت إحدى الدراسات التى اشترك فيها المؤلف الأول أن السلوك التوكيدى يزداد لدى الافراد الذين يعتمدون على التعزيز الداخلى (نوى مركز ضبط داخلى) عن الافراد الذين يعتمدون على التعزيز الخارجى (بدارى مركز ضبط خارجى) بدرجة دالة. كما تضمنت دراسة اخرى أن السلوك التوكيدى يرتبط ارتباطا عكسيا مع القلق الاجتماعى والخجل. (بدراى والشناوى ١٩٨٧، والدماطى ١٩٩٠)

فنيات التدريب التوكيدى:

نستخدم فى التدريب التوكيدى مجموعة من الفنيات نعرضها فيما يلى:

١- فنية تكرار السلوك:

وهو أكثر الاساليب استخداما فى التدريب التوكيدى، ويتطلب لتنفيذه أن يقوم المعالج والعميل بتكوين علاقة تفاعلية وفى جانب من الجلسة العلاجية

* راجع للمؤلف الثانى: دراسات فى الصحة النفسية - دار إحياء للطباعة والنشر والتوزيع ١٩٩٧م.

يقوم العميل بالدور المطلوب على حين يقوم المعالج بدور الشخص الهام فى حياة العميل مثلاً دور الوالد أو المدير أو صاحب العمل أو أحد الزملاء. ويحصل المعالج على المعلومات الهامة حول هذا الشخص من العميل نفسه. ويبدأ العمل بأن يقوم العميل بالسلوك الذى اعتاد أن يقوم به فى مثل هذا الموقف ويستجيب المعالج بما يناسب الدور المفترض أنه يؤديه (الوالد - المدير الخ...) ثم يستجيب العميل... وهكذا. وفى المعتاد فإن تبادل العلاقة على هذا النحو تستمر لوقت قصير. وعلى سبيل المثال فقد يرغب العميل أن يتدرب على كيفية التعامل مع بائع فى محل عندما يتجاهل دوره ويقوم بخدمة غيره. وربما يكون الحوار على النحو التالى:

المعالج: افترض أنني البائع، ماذا تقول؟

العميل: عفواً؛ أنا أسف ولكن عندما تنتهى فائى أود أن تتولى خدمتى.

وعلى أساس من هذا الدور الذى أداه العميل مبدئياً يمكن للمعالج أن يقدر ماذا كان التدريب التوكيدى مطلوباً للموقف الذى تم تمثيله وإذا كان كذلك فإن عليه أن يحدد بالضبط تلك السلوكيات التى يحتاجها العميل للتغيير. وإذا كانت هناك عيوب واضحة فى السلوك الذى قام العميل بأدائه فإن المعالج يقوم بالتصحيح الفورى للعميل (وبأسلوب غير عقابى) ثم يتبع ذلك بأن يقوم العميل بمحاولة ثانية، وهكذا حتى يصبح هناك اتفاق بين العميل والمعالج على ملائمة السلوك الذى أداه العميل وأن هذا السلوك يحدث مع أدنى درجة من القلق. وكذلك من الممكن للمعالج بعد الأداء اللبنى من جانب العميل أن يقوم على الفور بنمذجة السلوك الأفضل ثم يتيح الفرصة لمحاكاته بمعنى آخر أن المعالج فى هذه الحالة لا يعتمد على التصحيح وإنما يقوم بأداء السلوك الصحيح بنفسه ويتيح الفرصة للعميل ليقوم بمحاكاة هذا السلوك.

ومن الممكن أن يدخل فى فنية تكرار السلوك فنيات أخرى مثل استخدام التعزيز واستخدام أسلوب التشكيل كما قد يستخدم المعالج أسلوب تبديل الأدوار حيث يقوم المعالج بدور العميل وفى هذه الحالة يقوم العميل بدور الشخص الآخر مثل الوالد أو المدير أو المدرس أو البائع الخ... وتتميز هذه الطريقة بأنها تتيح الفرصة للعميل لمشاهدة الانفعالات المصاحبة للقيام بالدور التوكيدي، وقد يدهش أن مثل هذا السلوك لم يبعث فيه (حيث يقوم بدور الشخص الآخر) أى مشاعر سلبية. والحوار التالى يعطينا صورة عن أسلوب تبديل الأدوار.

المعالج: يبدو لى أنك لاتريد أن تلتحق بالجامعة، ويبدو لى أنك قد فكرت فى ذلك الأمر بما فيه الكفاية، والآن لننظر ماذا يحدث عندما تناقش هذا الموضوع مع والدك.

العميل: نحن لانا نقاش ذلك، وإنما هو يخبرنى بما هو الأفضل ويأبى غير ناضج ولا اعرف مصطلحتى وسوف اندم طول حياتى على أننى لم أذهب للجامعة.

المعالج: وكيف تشعر لزاء ذلك؟

العميل: أشعر بالغضب والاحباط الشديد ولكنى لا أقول شيئاً ولاحتى كلمة، لو نطق قد يغضب منى ولهذا اكتفى بأن أذهب إلى غرفتى.

العميل: لكى نرى كيف يمكن أن نتصرف فى مثل هذا الموقف دعنى أقوم بدور والدك ونقوم أنت بدورك المعتاد فى هذا الموقف وعليك أن تواجه الموقف لنرى كيف تقوم بدور والدك والآن لنبدأ

متى سنذهب لتتقدم للالتحاق بالجامعة؟ أنك لم تعمل ذلك فمتى تفعله؟

العميل: أنك تعرف انى لا أرغب فى التسجيل فى الجامعة الآن.

المعالج: (فى دور الوالد) انا اعرف أنك لم تكبر بدرجة كافية لتفكر

بنفسك. انك غير ناضج إلى حد بعيد وسوف تتدم مدى الحياة على انك لم تتلق بالجامعة. ولولا حبي لك ماكنت قلت لك هذا الكلام.

العميل: (يتهدد بعمق) حسنا

* انتهى تمثيل الدور، وهنا يطلق العميل بقوله: أن هذا ما أقوم به فعلا للتخلص من الموقف.

المعالج: دعنا الآن نبدل الأدوار وسأخذ دورك

العميل (يأخذ دور الوالد) ألم نتقدم بعد للالتحاق بالجامعة.

المعالج: (يقوم بدور العميل) أقول لك الحقيقة، لقد فكرت كثيرا في هذا الموضوع ولأريد أن التحق بالجامعة.

العميل: (في دور الوالد) أنى مُصر تماما على أن تتقدم للجامعة. انك لازلت صغيرا فاعمل ما أقول فأنا اعمل لمصلحتك.

المعالج: (في دور العميل) أبى انا اعرف أنك مهتم بى وتعمل لمصلحتى ولكن كما قلت لك مرة لقد فكرت فى الامر كثيرا ولا استمتع بدخولى الجامعة وكذلك لن يكون أدائى فيها جيدا.

ينتهى أداء الدور، ويبدأ المعالج فى مناقشة العميل. ثم يأخذ العميل دوره ويقول نفس الكلام الوارد فى العبارة الأخيرة. ثم يسأله المعالج عن احساسه اثناء الأداء، وربما يقول العميل أنه كان يشعر ببعض القلق، وبذلك فقد يتكرر أداء الدور حتى يصبح القلق عند العميل ضئيلا.

٢- فنية الاستجابة البسيطة للفعالة:

قلنا من قبل أن التوكيد يشتمل على التعبير المناسب عن المشاعر وعملية الحكم على مدى ملائمة التعبير إنما هو عملية اجتماعية يقوم بها العميل بالاشتراك مع المعالج. وفى التعبير عن مشاعر مثل الضيق أو

الغضب فإنه يمكن أن نستخدم فنية الاستجابة البسيطة للفعالة ونقصد به السلوك الذى يحقق هدف العميل بأقل جهد وأقل انفعال سالب: وعلى سبيل المثال قد يكون الفرد فى موقف يود أن يستمع إلى شئ ولكن الآخرين يحدثون ضجيجا (يحدث هذا السلوك على سبيل المثال فى دور السينما عند مشاهدة الافلام حيث يرتفع صفير بعض الشباب) يمكن أن يلتفت الشخص فى هذه الحالة قائلا فى صوت هادئ: يا اخوانى ألا يمكن أن نكون أكثر هدوءاً؟!

وفى بعض الأحيان فإن مثل هذا الضجيج قد يؤثر أحد الأشخاص فيقف صائحا فى صوت غاضب: ماهذه الفوضى؟، ما هذا الضجيج؟ إذا لم تكفوا عن الضوضاء فسوف اطلب الشرطة.. ومثل هذا الانفعال الشديد قد يترك له اثاره السلبية على الشخص نفسه وكذلك على الجمهور الحاضر أيضا.

وهناك مواقف كثيرة يجد المرء فيها نفسه بحاجة إلى مثل هذه الاستجابة البسيطة والفعالة فى نفس الوقت. خذ على سبيل المثال النماذج التالية:

١- عندما تجد نفسك فى مطعم وقد قدمت لك فاتورة حساب لنشتمل على أشياء لم تطلبها أو عندما تصلك فاتورة تليفون بها مكالمات لاتخصك ربما يكفى فى مثل هذه الحالات أن نقول:

أظن أن هناك خطأ ما فى هذه الفاتورة.

هل يمكن أن تعيد حسابها مرة أخرى؟

ب- طالب يجد نفسه ليلة الامتحان وجها لوجه مع صديق له جاء يزوره ليمضى معه بعض الوقت فى أحاديث عابره، يمكن أن يقول له مثلا:

صديقي، أنت تعلم أن عندي امتحان في الغد وأنا بحاجة إلى مراجعة بعض الموضوعات قبل أن أنام مبكراً، وأرجو أن نلتقي في وقت آخر بعد انتهاء الامتحانات.

٣- أسلوب التصعيد:

في كثير من الأحيان نجد أن الاستجابة التي تحدثنا عنها تؤدي نتائج طيبة، ولكن قد يحدث أن مثل هذه الاستجابات لا تأتي بالنتيجة المرجوة منها، وفي هذه الحالة يجب أن يكون العميل مهيباً لأن يصعد هذه الاستجابات الهادئة. ويقوم المعالج في هذه الحالة بنمذجة الاستجابات الأكثر قوة.

واسلوب التكريب على التصعيد Escalation اقترحه ماكفول ومارستون ١٩٧٠ وهو يساعد على زيادة ثقة العميل بنفسه ويؤدي إلى تعميم السلوك التوكيدي. غير أنه ينبغي على المعالج أن ينبه العميل بأن يؤخر هذه الاستجابات الشديدة إلى المواقف التي تدعو لاستخدامها.

إذا عدنا إلى المثال الخاص بالضجيج يمكن أن يحدث الآتي:
العميل: يا اخواني هل يمكن أن نكون أكثر هدوءاً؟ اني لا أستطيع أن اسمع مايدور. ويعتبر هذا التوجيه تصعيداً من المرتبة الأولى. وقد يعقبه هدوء فعلي أو اعتذار ممن يثيرون الضوضاء ثم يعقب ذلك هدوء. وقد لا يحدث الهدوء بل وتكون النتيجة عكسية فتزداد الضوضاء أو يعلق أحدهم عليه بوقاحة.

وهنا يمكن أن يكون هناك تصعيد من المرتبة الثانية، فيقول العميل على سبيل المثال اسمعوا إذا لم تلتزموا الهدوء فاني سأذهب إلى المدير.

استخدام مدرجات السلوك:

رأينا عند الحديث عن طريقة التخلص التدريجي (المنظم) من الحساسية كيفية اعداد مدرجات خاصة بالمثيرات والمواقف التى تثير القلق أو المخاوف. وفى مجال التدريب التوكيدى فانه يمكن للمعالج أن يقوم باعداد مدرجات مماثلة ليستخدمها فى هذا النوع من العلاج. ويتم اعداد المدرج عن طريق اعداد فقرات تعبر عن المواقف التى يتعرض لها العميل حيث يطلب منه المعالج أن يعين لكل فقرة درجة تدل على مقدار تأثيره فيه من غضب أو ضيق. وفيما يلى مثال لهذا المدرج.

١- رئيسك يجلس إلى مكتبه، وقد كنت طوال الايام الثلاثة السابقة فى عمل اضافى وتود أن تنصرف اليوم مبكراً نصف ساعة عن الموعد المقرر لتحضر حفلاً تقيمه المدرسة التى يدرس فيها ابنك، وقد توجهت إليه لتطلب منه الأذن لك فى الانصراف مبكراً.

٢- رئيسك المباشر يمر عليك فى صباح أحد الأيام وانت تجلس فى مكتبك. ورغم انك ملتزم ودقيق فى مواعيدك فانه يقول لك فى لهجة شديدة: هل تأخرت اليوم؟

٣- يلاحظ رئيسك (فى غير دقة) انك ومجموعة من زملائك تأخذون فترات راحة لتناول الشاى والقهوة بصورة متكررة عن المفروض.

٤- رئيسك يوجه الاتهام (ظلاماً) إلى زميل لك بعدم الأمانة.

٥- بعد أن عملت فترة اضافية لمدة اسبوع، يطلب منك رئيسك أن تقوم بذلك مرة أخرى وأنت تود أن ترفض.

٦- تتقدم إلى رئيسك لتطلب منه ترقية مستحقة لك.

٧- تريد أن تخبر رئيسك انك إذا لم تحصل على الترقية فانك ستترك المؤسسة.

ويستفيد المعالج التوكيدي من هذه المبرجات بان يحدد نقاط البداية فى العلاج حيث يبدأ بتدريب العميل على المواقف التى تحدث أقل اشارة للقلق والتوتر لدى العميل ثم ينتقل إلى المواقف الاشد وهكذا.

التدريب التوكيدى الجمعى:

يمكن القول بأن التدريب التوكيدى قد يؤتى نتائج أفضل عند استخدامه فى اطار جماعات علاجية مما لو تم على اساس من التدريب الفردى. وفى المعتاد فان الجماعات العلاجية التى تعد لهذا الغرض تضم بين ٥، ١٠ أفراد فى الجلسة. ويعتمد التدريب فى هذه الحالة على اسلوب تكرار السلوك التى سبق الاشارة اليها. ويبدأ للعمل بان يطلب المعالج من أحد الاعضاء أن يعرض المشكلة أمام المجموعة ثم يطلب منه المعالج أن يمثل أمامهم الاستجابة التى اعتاد أن يستجيب بها فى هذا الموقف حيث يتم تقويمها بطريقة غير منحازة وفى عبارات ودية بواسطة باقى اعضاء المجموعة. وبعد ذلك يبدأ المعالج بقوله: هيا نبحث معا كيف تكون الاستجابة التوكيدية المناسبة لهذا الموقف؟

ويمكن للمعالج أن يطرح اقتراحا بالاستجابة (السلوك) المناسبة كما يمكن للاعضاء (غير العضو الذى عرض المشكلة) أن يقترحوا أيضا الاستجابات التى يرونها مناسبة فى هذا الموقف. وإذا اتفق الاعضاء على الاستجابة فان المعالج يبدأ فى اجراءات نمذجتها بواسطة عضو من الجماعة يتطوع لهذا الدور، أو يقوم المعالج بنفسه بأداء الدور المطلوب إذا لم يتقدم أحد الاعضاء للتطوع بالقيام بهذا الدور. غير أنه من المفضل أن يقوم أحد اعضاء الجماعة بذلك لان عمليه للنمجة تمثل فى حد ذاتها خبرة تعليمية. ويقوم المعالج بتعزيز النموذج فى ادائه للدور النمذج.

ملحق رقم (١)

مقياس السلوك التوكيدي

اعداد

دكتور محمد محروس محمد الشناوى

دكتور على حسين على بدارى

تعليمات

يهدف هذا المقياس الى التعرف على قدرتك على تأكيد ذاتك فى مواقف محددة.

يحتوى هذا المقياس على ٢٨ عبارة. والمطلوب منك أن تبدي رأيك الخاص فى كل عبارة من عبارات المقياس وذلك فى ورقة الاجابة المنفصلة. سوف تجد فى ورقة الاجابة المنفصلة أرقاماً تقابل العبارات فى المقياس نفسه، وإمام كل رقم مستجد اختيارات للاجابة هى:-

"دائماً" وتعنى انك موافق على العبارة إلى أبعد حد.

"كثيراً جداً" وتعنى انك موافق على العبارة إلى حد بعيد.

"كثيراً" وتعنى انك موافق على العبارة إلى حد قليل.

"نادراً" وتعنى انك موافق على العبارة إلى حد قليل.

"نادراً جداً" وتعنى انك غير موافق على العبارة إلى حد بعيد.

"أبداً" وتعنى انك غير موافق على العبارة اطلاقاً.

المطلوب منك هو أن تقرأ كل عبارة فى المقياس. ثم عبر عن رأيك بوضع علامة (X) تحت احدى متغيرات الاجابة التى تراها مناسبة لك وذلك فى ورقة الاجابة المنفصلة.

مثال:-

"العبارة"

"يبدو لى أن معظم الناس أكثر جراًه منى"

فإذا كنت نادرا ما ترى ذلك فضع علامة (X) تحت كلمة نادرا، كما

هو موضح بالنموذج التالي:-

نموذج لورقه الاجابه					
دائما	كثيرا جدا	كثيرا	نادرا	نادرا جدا	ابدا
			X		

عبارات المقاييس

- ١- يبدو لى أن معظم الناس أكثر جراًه منى؟
- ٢- لقد ترددت فى مواقف كثيرة بسبب خجلى.
- ٣- عندما اكون فى مطعم ويقدم لى الطعام بشكل لايناسبنى فانى أخبر المسئول فى المطعم بذلك.
- ٤- احرص على أن اتجنب إيذاء مشاعر الآخرين حتى عندما أشعر أنى قد جرحت.
- ٥- عندما يعرض علىّ البائع سلعه لاتروق لى فانى أجد حرجا فى عدم شرائها.
- ٦- عندما يطلب منى أن افعل شيئا فانى اصر على معرفه سبب ذلك.
- ٧- احيانا احب الاشتراك فى مناقشات جاده وابداء أرائى الخاصة.
- ٨- اتطلع إلى أن اكون جادا شأن معظم الناس الذين فى مثل مكانى.
- ٩- احيانا أستغل من بعض الناس.
- ١٠- استمتع ببده المحادثات مع المعارف الجدد والغرباء.
- ١١- اتردد فى أن اتصل تليفونيا بالمؤسسات التجارية والهيئات.
- ١٢- افضل أن اتقدم لوظيفة أو للاتحاق بالجامعة من خلال المراسلات بدلا من اجراء مقابلات شخصية.
- ١٣- ارجاع سلعة سبق لى شرائها بسبب لى كثيرا من الارتباك.
- ١٤- إذا كان احد الاقرباء ممن احترمهم بسبب لى مضايقات فانى اكنم مشاعرى بدلا من للتعبير عنها.
- ١٥- اتجنب توجيه اسئله خوفا من أن أبذو غيبا.

- ١٦- عندما اشترك فى مناقشة حاده، اخشى أن يتغير مزاجى واخسر كل شئ.
- ١٧- إذا ذكر محاضر مرموق معلومة اعتقد أنها خاطئه، فأتى اعرض وجهه نظرى للخاصة على جمهور الحاضرين.
- ١٨- اتجنب مناقشة الاسعار مع اللبائعين.
- ١٩- عندما اقوم بعمل شئ هام، اسعى أن يعرف ذلك الآخريين.
- ٢٠- اعبر عن مشاعرى بصراحة.
- ٢١- إذا نشر شخص ما على قصص كاذبه فأتى اسعى لمقابلته بسرعه واتحدث معه بشأنها.
- ٢٢- اجد مشقه فى أن أقول لا.
- ٢٣- اميل إلى كظم انفعالاتى بدلا من اظهارها.
- ٢٤- احيانا عندما يجاملنى شخص ما لا اجد ما أقوله له.
- ٢٥- إذا كنت فى محاضرة عامه ووجدت اثنين من الحاضرين يتحدثان مع بعضهما بصوت عالى اطلب منهما الالتزام بالهدوء.
- ٢٦- إذا حاول شخص أن يأخذ مكاتى فى صف فأتى اتشاجر معه.
- ٢٧- اعبر عن رأى بسرعه.
- ٢٨- توجد اوقات اكف فيها عن الكلام.

(انتهى المقياس)

الفصل السادس

الاشراط الاجرائي

Operant Conditioning

يشير الاشرط الاجرائى إلى طريقة تجريبية خاصة لدراسة السلوك. وترتبط هذه الطريقة بشكل كبير باعمال عالم النفس الامريكى المعاصر ب.ف سكر B. F. Skinner الذى انشق فى عام ١٩٣٨ على النمط السائد فى علم النفس واقترح اساساً نظرياً للنظر إلى السلوك يحض الباحثين فى علم النفس أن يبدؤوا فى التركيز على النتائج المشاهدة للسلوك.

وعلى حين كان علماء النفس المعاصرين لسكر يرون أن السلوك المضطرب إنما يعبر عن اعراض لعدم الاتزان الداخلى للعقل وان السلوك اللفظى وغير اللفظى إنما هما نافذة للعقل، فان سكر تبنى وجهة نظر مفادها أنه ينبغى على المعالجين النفسيين أن يتقبلوا السلوكيات التى يصفها مرضاهم كمشكلات على أنها سلوكيات متعلمة وليست كدليل على وجود شئ خاطئ يحدث فى عقل المريض.

وقد قدم سكر نموذجاً للسلوك البشرى اعتبر فيه أن البشر إنما هم كائنات عضوية تعمل اجرائياً فى بيئتها بطريقة تنتج أحداثاً معينة، أى أن الاستجابات هى اجراءات operants واننا إذا لاحظنا الناس عن قرب فسوف نلاحظ أن سلوكهم يعقبه بانتظام احداث معينة تسمى معززات (مدعمات) أو مكافآت Reinforcers or Rewards وان معظم مشكلات السلوك إنما هى نتيجة للمعززات المرتبة ترتيباً غير دقيق. وعلى سبيل المثال فانه فى بعض الحالات لا تكون المعززات ظاهرة بشكل كاف وينقص السلوك الاجرائى للفرد للدرجة التى لايقوم فيها باداء جيد (مثلاً يكون مكتئباً). أو أن البيئة قد تكون منظمة بحيث تعزز سلوكاً تكون نهايته تدمير الذات (مثل تعاطى المخدرات) وان المجتمع إذا أعاد ترتيب العلاقات التعزيزية فان حياة الناس سوف تتحسن بشكل كبير. وقد طالب سكر معاهد التعليم والاباء أن يركزوا

على التعزيز الإيجابي للسلوك (الثواب) وإن يقللوا من العقاب إلى أبعد حد. وسوف نناقش فيما يلي بعض المفاهيم التي تشمل عليها نظرية الأشراف الإجرائي.

١- التعزيز (التدعيم) Reinforcement

إذا كان من شأن حدث يعقب استجابة ما أن تزداد معه احتمال حدوث هذه الاستجابة مرة أخرى مسمى هذا الحدث اللاحق معززاً أو مدعماً Reinforcer. فالتعزيز إذن عملية ينتج عنها تقوية أو زيادة للاستجابة التي جاء بعدها المعزز.

٢- العقاب Punishment

من جهة أخرى إذا كان من شأن حدث يعقب استجابة ما أن يقلل من احتمال تكرار حدوث الاستجابة مسمى هذا الحدث اللاحق عقاباً. فالعقاب إذن عملية ينتج عنها إضعاف أو توقف الاستجابة التي وقع بعدها العقاب.

٣- التعزيز الإيجابي والتعزيز السلبي

Positive Reinforcement and Negative Reinforcement

أ- التعزيز الإيجابي:

عرفنا أن التعزيز عملية نتیجتها الإبقاء على السلوك أو تقويته وزيادة احتمال حدوثه، وقد نتج ذلك عن إضافة شيء بعد حدوث السلوك (مثل التشجيع) وحينئذ نقول أن التعزيز إيجابي. فهو تعزيز بمعنى أنه قد ترتب عليه ازدياد السلوك (الاستجابة)، وهو إيجابي لأنه اشتمل على إضافة (شيء مرغوب بالنسبة للشخص) مثال ذلك إذا وجه المدرس سؤالاً إلى الطلاب أثناء الدرس ثم اختار أحدهم لإجيب على السؤال فأجاب الإجابة الصحيحة فوجه إليه المدرس الشكر والثناء وكان من نتيجة ذلك أن ازداد معدل إجابات

هذا الطالب على الامثلة التى وجهها المدرس فى المرات التالية، اعتبرنا أن كلمات الشكر والثناء التى وجهها له المدرس قد عملت كمعززات ايجابية لسلوك الاجابة على الاسئلة فهى معززات لانها ساعدت على تكرار الاستجابة وهى ايجابية لانها اشتملت على اضافة شئ مرغوب (الثناء) ويجب أن نلاحظ هنا أن اعتبار الحدث الذى اعقب الاستجابة سارا يتوقف على ادراك الفرد الذى نعزز سلوكه على أنه سار (مرغوب).

ب- التعزيز السلبى:

إذا أحس شخص بألم فى رأسه ونصحه زميل له بتناول دواء ممكننا للصداع (الأسبرين مثلا) ونتج عن تناول هذا الدواء أن زال الألم وازداد تناول هذا الشخص للأسبرين نتيجة لذلك، فإن زوال الألم يعتبر معززا سلبيا Negative Reinforcer. فهو معزز لأنه ترتب عليه ازدياد الاستجابة (تناول الأسبرين) وهو سلبى لأنه اشتمل على استبعاد شئ أوحشت غير مرغوب (أومنفر) وهو الألم أو الصداع. واعتبار الحدث غير المرغوب أو غير سار فى هذه الحالة يتوقف على وجهة نظر للفرد.

٤ - العقاب الإيجابى والعقاب السلبى:

Postitive Punishment and Negative Punishment

ذكرنا من قبل أن العقاب ينتج عنه نقصان أو اضعاف أو توقف للاستجابة التى وقع بعدها، فإذا اشتمل العقاب على اضافة شئ غير سار (مؤلم) مثل الضرب أو التوبيخ سمي عقابا ايجابيا، وإذا اشتمل على استبعاد شئ سار (مرغوب) مثل الامتداح أو المكافأة أو الامتناع فى أنشطة تروحية فإنه فى هذا الحالة يعتبر عقابا سلبيا وكمثال على ذلك إذا كان الطفل يقضى معظم وقته فى اللعب فى الشارع وعاقبه والده بالضرب أو بالتوبيخ الشديد

ونتج عن ذلك توقفه عن اللعب أو التقليل منه إلى حد بعيد اعتبرنا الضرب أو التوبيخ فى هذه الحالة عقابا ايجابيا، فهو عقاب لأنه قلل استجابته اللعب وهو ايجابى لأنه اشتمل على اضافته شئ غير سار أو غير مرغوب للطفل وهو للضرب أو التوبيخ أما إذا اتبع والد هذا الطفل اسلوبا آخر مثل عدم التحدث مع الطفل لفترة قصيرة، أو حرمانه من جزء من مصروفه اليومى أو من مصاحبته فى نزهة نهاية الأسبوع وكان من نتيجة ذلك اقلال الطفل من اللعب فى الشارع أو التوقف عنه فائنا نسمى الاجراء الذى قام به الوالد (مثلا الحرمان من جزء من المصروف اليومى) عقابا سلبيا. فهو عقاب لأنه نتج عنه نقص الملوك (اللعب) أو توقفه، وهو سلبى لأنه اشتمل على استبعاد شئ سار وهو التحدث مع والده أو النزهة أو المصروف اليومى.

ويوضح جدول رقم ٢ العلاقة بين التعزيز الايجابى والتعزيز السلبى والعقاب الايجابى والعقاب السلبى.

نوع الحدث الذي يعقب الاستجابة

سار (مرغوب) منفّر (غير مرغوب)

عقاب ايجابي	تعزيز ايجابي
تعزيز سلبي	عقاب سلبي

العمليات التي تعقب الاستجابة
إضافة
استبعاد

جدول رقم (٢) العلاقة بين التعزيز والعقاب

ويتضح من هذا الجدول مايلي

- ١- أن ظهور حدث سار (مرغوب) بعد الاستجابة وزيادتها نتيجة له يعرف بالتعزيز الايجابي.
- ٢- أن ظهور حدث غير سار (غير مرغوب أو منفّر) بعد الاستجابة ونقصاتها نتيجة له يعرف بالعقاب الايجابي.
- ٣- أن استبعاد حدث سار (كان موجودا) بعد السلوك ونقصاته نتيجة لذلك يعرف بالعقاب السلبي.
- ٤- أن استبعاد حدث غير سار (كان موجودا) بعد السلوك وزيادته نتيجة لذلك يعرف بالتعزيز السلبي. وبصفة عامة يجب أن نتذكر دائما أن التعزيز يؤدي إلى زيادة الاستجابة وإن للعقاب هو ما يؤدي إلى نقصان

أنواع المعززات:

المعززات هي الأحداث أو الأشياء التي تعقب السلوك (الاستجابة) ويترتب عليها زيادة هذا السلوك. والمعززات قد تكون أولية أو تكون ثانوية. فالمعززات الأولية Primary reinforcers هي عوامل أو أحداث اكتسبت قيمتها التعزيزية بدون تدريب خاص لأنها تمثل اشباعا لحاجات أولية، ومن مثل هذه المعززات: الماء، والطعام وغيرها من الأشياء التي تعتبر ضرورية وحيوية لوجود الحياة، فهذه لها قيمة تعزيزية تلقائية بشرط أن يكون هناك حاجة للمحافظة على الحياة، فإذا لم توجد حاجة من حاجات حفظ الحياة (مثل الجوع والعطش) فإن هذه المعززات تفقد قوتها التعزيزية. أما المعززات الثانوية فهي أحداث لاحقة (نتائج) تعقب الاستجابة ويكون لها قوة تعزيزية (أي تزيد الاستجابة) نتيجة لاقترانها (أي المعززات) فيما مضى مع معززات أولية، أي نتيجة لخبرة تعليمية مشروطة. فمثلا الامتداح والمال والالتفات تعتبر أحداثا لها قيمة تعزيزية متعلمة نتيجة لكونها قد عرضت من قبل مقترنة بمعزز أولى. وتتحدد قيمة وتصنيف حادث لاحق على أنه معزز ثانوى من منطلق فردى وتتوقف على الخبرات التعليمية السابقة للفرد. بل أن القيمة التعزيزية لمعزز ما قد تختلف من موقف لآخر بالنسبة للفرد نفسه.

أن الأحداث اللاحقة أو النتائج التي تعقب الاستجابة وتستخدم لتعزيزها قد تكون سارة (أومرغوبة) Pleasurable أو قد تكون منفرة (غير مرغوبة) Aversive ويتوقف النظر إلى المعزز على أنه سار أو غير سار على الخبرات التعليمية لكل فرد على حدة. بل أن هذه النظرة تختلف باختلاف المواقف لنفس الفرد. فقد يكون الالتفات أو الاهتمام خيره سارة بالنسبة لعميل على حين تكون خبره مضايقة أو غير مرغوبة بالنسبة لعميل آخر (مثلا

الشخص الخجول) وقد يمثل خبرة سارة بالنسبة للعميل في موقف وخبرة غير سارة في موقف آخر لنفس العميل.

العوامل التي تؤثر على التعزيز

نتوقف النتائج التي يحدثها التعزيز على عدة عوامل منها الوقت الذي ينقضى قبل ظهور المعزز، وأهمية ونوعه المعزز وكذلك جداول التعزيز وسوف نناقش فيما يلي هذه العوامل

أ - الفترة بين ظهور الاستجابة وظهور المعزز:

أن الاستجابات التي تقع في وقت ظهور معززاتها يكون تعلمها أحسن من الاستجابات التي يفصلها زمن طويل عن المعززات (كمبل ١٩٦١، سكر ١٩٥٣) وبالتالي فإنه من الأفضل أن يكون المعزز تالياً للاستجابة المستهدفة مباشرة حتى نزيد من أثر التعزيز وإذا لم يقدم المعزز عقب الاستجابة فإنه قد تحدث استجابات أخرى في هذه الفترة تختلف عن الاستجابة المستهدفة (أولمرغوية) ويتم تعزيزها.

ويعتبر التعزيز الفوري أمراً هاماً في المراحل الأولى من برنامج تعديل أو علاج السلوك عندما تكون الاستجابة المستهدفة في مرحلة التكوين. ويعد أن يستقر أداء الاستجابة يمكن أن نباعد بين فترات الاستجابة وتقديم المعززات دون أن يترتب على ذلك نقص في الاستجابة، وعلى سبيل المثال فإن المدرس يقوم بمنح علامات (درجات) أو جوائز للإجابة الصحيحة للطلاب أولقيامهم بعمل الواجب المنزلي وذلك بصفة يومية. ثم بعد أن يستقر السلوك المرغوب (مثلاً عمل الواجب) فإنه يمكن أن يعطى المكافأة كل يومين أو في نهاية الأسبوع دون أن يحدث نقصان في السلوك. أما إذا تأخر التعزيز في بداية تكوين السلوك المرغوب فإن هذا السلوك قد لا يحدث

بالمسرعة التي يحدث بها لواعظي التعزيز فوراً. وعلى سبيل المثال قد يطلب أحد المدرسين في بداية العام الدراسي من التلاميذ حل بعض التمرينات كواجب منزلي ولكنه يتأخر في تصحيحها ويتركها تتراكم وهنا سنجد أن بعض الطلاب قد تراخوا في عمل الواجبات بانتظام. غير أنه كما سبق القول فإنه عندما يستقر السلوك المرغوب يصبح من المناسب أن تؤخر التعزيز شيئاً فشيئاً بأن نباعد بين ظهور السلوك وبين التعزيز وبشكل تدريجي حتى لا يصبح السلوك معتمداً بصفة دائمة على ظهور التعزيز الفوري. وفي الحياة العملية نجد أن كثيراً من نتائج السلوك (المعززات) تتأخر في الظهور ومثال ذلك الاتجازات، الأجور، الدرجات، الشهرة، والجوائز وهي تظهر عادة بعد سلسلة طويلة من الاستجابات.

بـ أهمية وكمية المعزز:

هناك علاقة بين كمية التعزيز الذي يحصل عليه الفرد وبين درجة أداء الاستجابة. فكلما زادت كمية المعزز الذي يحصل عليه الفرد عن استجابة ما زاد تكرار هذه الاستجابة. غير أن هذه العلاقة لاتمضى بغير حدود ذلك لان المعزز يفقد قيمته إذا أعطى بكميات كبيرة زائدة، ويعرف ذلك باسم التشبع أو الاتخام Satiatio، وتحدث هذه الظاهرة بصفة خاصة مع المعززات الأولية مثل الطعام والمشرب ثم تفقد هذه الاشياء قيمتها التعزيزية في وقت قصير بل قد تصبح منفرة. كذلك فان المدعمات الثانوية قد تعاني من ظاهرة التشبع ولكن ذلك يحدث اقل مما يحدث بالنسبة للمدعمات الأولية. ويمكن أن تستعيد المدعمات خاصتها التدعيمية عندما يحدث نوع من الحرمان. وهناك مدعمات لاتتأثر بظاهرة التشبع مثل المال، ويرجع ذلك إلى أن المال قد أشرط مع كثير من المعززات.

أما تأثير كمية المعزز على السلوك فإنه يتوقف على حالة الشبع والحرمان التي يخبرها الفرد بالنسبة لهذا المعزز. فإذا كان المعزز متوفر بكثرة للفرد (مثلا النقود) فإنه في هذه الحالة لا يكون مؤثرا كمعزز. وإذا كان الفرد لديه حرمان جزئي من شيء ما فإن الكمية المطلوبة منه لتعزيز سلوك ما لدى الفرد لا تكون كبيرة. وبصفة عامة فإن هناك أشياء كثيرة لا تتوفر بشكل مطلق للأفراد ويمكن استخدامها كمدعمات نتيجة لوجود حرمان مؤقت منها مثل إتاحة وقت حر للتلاميذ أو السماح للابناء باللعب لفترة مع أولاد الجيران، أو اصطحاب الأبناء في نزهات.

جـ - جداول التعزيز Schedules of Reinforcment

يقصد بجداول التعزيز تلك القاعدة التي تحدد عدد الاستجابات أو أيها سوف يتلقى التعزيز. وعادة فإن المعززات تقدم تبعا لجدول ما. ويسمى الجدول تعريزا متصلا (مستمر) إذا كان المعزز يظهر في كل مرة تحدث فيه الاستجابة. وعلى سبيل المثال فإنه لتدريب الاطفال المتخلفين عقليا على اداء سلوك معين فإنهم يكافأون في كل مرة تظهر فيها الاستجابة المطلوبة.

ويسمى جدول التعزيز، تعريزا متقطعاً إذا كان المعزز يظهر بعد أداء عدد من الاستجابات. وقد يكون هذا العدد ثابتاً في كل مرة أو قد تختلف بين مرة وأخرى مثلاً تتزايد بنسبة معينة. كما قد يكون ظهور المعزز بعد كل فترة زمنية معينة. مثل كل يومين أو كل اسبوع الخ.

ومن مميزات جداول التعزيز المتصل أن التعلم يحدث بسرعة ولكنه يكون ضعيفاً نسبياً فيحصل انطفاء السلوك عندما يتوقف التعزيز. أما في حالة جداول التعزيز المتقطع فإن التعلم (أي اكتساب السلوك) يحدث ببطء نسبياً ولكنه يكون أكثر قوة، وعندما يتوقف التعزيز لا يحدث انطفاء للسلوك بسهولة.

ولكى تساعد العملاء على اكتساب تعلم قوى فى برامج العلاج السلوكى قد نلجأ فى البداية إلى استخدام جداول تدعيم متصل مما ينتج عنه سرعة اكتسابهم للسلوك المرغوب ثم بعد ذلك تستخدم جداول تعزيز متقطع مع اطالة الفترات أوزيادة عدد الاستجابات التى يتم التعزيز فى أعقابها تدريجيا حتى تساعد على استقرار السلوك المكتسب.

د- التعزيز الصريح والتعزيز الضمنى:

قد يتساءل البعض عما اذ كان تعزيز استجابة ما لدى الفرد يجعل هذا الفرد خاضعا للمعزز أو يجعل من هذه الاستجابة أمرا معلقا بصفة دائمة على التعزيز فاذا توقف التعزيز انطفأت الاستجابة. وفى الواقع فان هذا لا يحدث بهذه الكيفية. فالسلوكيات الجديدة التى يقوم بها الفرد تتلقى تعزيزا من الآخرين طالما كانت مرغوبة (وليس فقط من المعالج) كما أنها تتلقى تعزيزا فى المواقف الجديدة التى تحدث فيها.

ولكى نجعل العميل لاينتظر التعزيز ليقوم بسلوك ما، فان هناك عدة اساليب يمكن للمعالج أن يتبعها ومنها على سبيل المثال التدرج الشديد فى استبعاد المعززات للصريحة التى كونت علاقة مع السلوك (الاستجابة) المرغوبة. ونتيجة لهذا تتكون لدى الفرد تعزيزات ضمنية (داخل الفرد نفسه) مثل مشاعر للفخر وتقبله للخاص لسلوكه (رضائه عن سلوكه) أوربما الاستمتاع باداء السلوك المرغوب.

وفى الواقع العلمى فاننا نجد كثيراً من السلوكيات المرتبطة بممارسة الهوايات أو بالسلوك الاجتماعى والدينى يعتمد على التعزيز من داخل الفرد قبل الوصول إلى التعزيز الخارجى. (مثلا إقامة المعارض، تلقى جوائز، علامات الرضا من الآخرين)..

٤- الانطفاء Extinction

يقصد بالانطفاء ذلك الأسلوب الذى يتوقف فيه سلوك معين نتيجة لتوقف تعزيزه. ويعتبر من قبيل الانطفاء التوقف عن اثابة السلوك بالمكافآت والجوائز أو التوقف عن الالتفات للسلوك إذا كان هذا الالتفات أو الاهتمام يعمل كمعزز للسلوك، وفى الواقع العملى نجد أن كثيراً من السلوكيات غير المرغوبة أو غير التكيفية تقوى نتيجة للآثار التعزيزية للالتفات. فالآباء والمدرسون قد يستكثرون للالتفات إلى الأطفال أويرمونهم بنظرات قاسية أوقد يصرخون فيهم عندما يأتون بتصرفات غير ملائمة أملاً منهم فى التخلص من هذه التصرفات، ولكن قد يحدث أن تآتى مثل هذه التصرفات من الآباء أو المدرسين بنتائج عكسية فيزداد السلوك والتصرفات غير المرغوبة من جانب الأطفال. وعندما يتوقف الآباء أو المدرسون عن عملية الالتفات هذه نجد أن للسلوك غير الملائم قد توقف عند الأطفال. ويجب أن ندرك أنه ليس بمجرد توقف الآباء عن سلوكهم فإن الأطفال سيقلمون عن تصرفاتهم فوراً وإنما قد يحدث فى البداية أن تزداد هذه السلوكيات السنية من جانب الأطفال ثم تأخذ بعد ذلك فى التناقص التدريجى نتيجة اختفاء التعزيز وهو ما يعرف بالانطفاء. وقد تحدث ايلون وميشيل (١٩٥٩) Ayllon & Michael عن محاولة قاما بها مع مريض ذهلى باستخدام اسلوب الانطفاء حيث اشتملت التجربة على تدريب الممرضات الأيعيروا أى انتباه للمريض عندما يبدأ فى الكلام الهذائى.

كذلك عرض ويليامز (١٩٥٩) Williams تجربة لاستخدام اسلوب الانطفاء مع طفل عمره ٢١ شهراً كان أبواه يضطران للبقاء إلى جوار سريره فترة تصل إلى ساعتين كل ليلة عندما يذهب للنوم فإذا تركاه بكى بكاءً شديداً قد يستمر إلى ساعتين وكانت التجربة تقضى بوضع الطفل فى

سريره واغلاق الباب وعدم فتحه مهما صرخ الطفل. وقد نتج عن هذه التجربة أن توقف سلوك البكاء لدى الطفل خلال عشرة أيام.

٥ . التشكيل: Shaping

يقصد بالتشكيل القيام بعملية تعزيز للتقريبات المتتابعة للسلوك النهائي. ومعنى ذلك أن يجزأ السلوك المرغوب إلى اجزاء صغيرة بحيث يمكن تغيير السلوك في حدود الوقت الذى يعزز فيه.

ومن الامثلة المعروفة لاستخدام اسلوب التشكيل مايقوم به مدربي الحيوانات على القيام ببعض الحيل أو الالعاب فلو أن المدرب انتظر حتى يقوم الحيوان بالاستجابة فان تنتظاره قد يطول وربما لاتحدث الاستجابة المرغوبة على الاطلاق، ولكن باستخدام اسلوب التشكيل فان المدرب يمكن أن يصل إلى الهدف النهائي، ففي البداية يمكن أن يدعم المدرب استجابة الجرى نحو المدرب وذلك باعطاء الحيوان بعض الطعام، وعندما تصبح استجابة الجرى نحو المدرب مستقرة فان للمدرب يقوم بتعزيز استجابة أخرى مثل جرى الحيوان نحوه وهو ممسك بطوق غير مشتعل ثم يتابع تعزيز الخطوات التى تقرب الحيوان من السلوك النهائي المطلوب على التوالى والتى تشتمل على المرور من الطوق وهو فوق الأرض ثم القفز من الطوق وهو على ارتفاع منخفض من الأرض ثم على ارتفاع أكبر ثم القفز من خلال الطوق وهو مشتعل بالنار بشكل جزئى ثم أخيراً القفز من الطوق وهو مشتعل تماماً. والذى يحدث فى النهاية هو أن المدرب يعزز الاستجابة النهائية (أى القفز من الطوق وهو مشتعل) التى تتكرر على حين أن الخطوات السابقة التى مرت بها عملية للتدريب تتطفى لانها لاتلقى تعزيزاً.

وقد استخدم اسلوب التشكيل فى تدريب الصقور والبايزى وكلاب الصيد منذ القدم والى هذا يشير القرآن الكريم

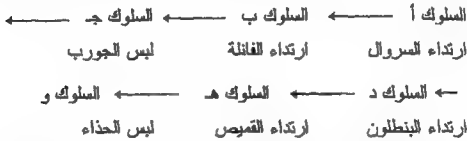
”وما عَلَّمْتُمْ مِنَ الْجَوَارِحِ مُكَلِّبِينَ تُعَلِّمُونَهُنَّ مِمَّا عَلَّمَكُمُ اللَّهُ“ (المائدة: ٤)

وفى الوقت الحاضر فإن المعالجين السلوكيين يستخدمون أسلوب التشكيل بشكل واسع فى تدريب الأطفال وكذلك الأشخاص المتخلفين عقليا على القيام بالسلوك المرغوب. ويستخدم هذا الأسلوب فى عيادات علاج عيوب الكلام خاصة مع الأطفال.

٦- التسلسل: Chaining

يتشابه التسلسل مع التشكيل فى أنه يعتمد على تجزئة السلوك أو ما يعرف ببرنامج التقريب للمتتابع Successive Approximatin Program والذي يرمز له عادة بحروف (SAP) حيث يتم التدريب على كل جزء من أجزاء السلوك النهائى باستخدام التعزيز.

وتبدأ عملية تسلسل السلوك بترتيب السلوكيات فى التتابع الذى نراه مناسباً، كما هو موضح بالشكل وهى خاصة بتدريب الطفل على ارتداء ملابس.



أما الخطوة الثانية فتشتمل على هذه السلسلة خطوة خطوة مثلا نقول للطفل الآن سأعلمك كيف ترتدى ملابسك ثم نساعد الطفل (كلما دعت حاجة لذلك) فى إكمال هذه الخطوات حتى يصل إلى السلوك الأخير (السلوك "و" فى مثالنا) وعند هذه الخطوة نشجعه على إتمام هذا السلوك بنفسه ثم نكافئه

بالتناء وكذلك بمكافأة مادية (مثلا قطعة من الحلوى) على اتمامه الخطوة الأخيرة (سلوك و) ونقول له مثلا: تمام لقد اتممت ارتداء ملابسك - ممتاز

وفى الجلسات التالية فاننا نتقدم فى التتابع متجهين إلى الخلف - حيث نساعده فى الخطوط نفسها حتى نصل إلى الخطوة قبل الأخيرة (السلوك هـ) ثم نشجع الطفل على اتمام الخطوتين هـ، و بالترتيب ونكافئ الطفل بمجرد أن يكمل السلوك الأخير ونقول له من جديد ممتاز لقد اتممت ارتداء ملابسك.

ويستمر هذا الاسلوب عن الطريق اضافة سلوك من السلسلة حتى نصل فى النهاية إلى السلوك أو للخطوة الأولى (السلوك أ) مع ملاحظة أن تكون المكافأة (التعزيز) عند اتمام الخطوة الأخيرة (السلوك و) أى اتمام ارتداء الملابس.

ويعتبر اسلوب التسلسل ذا أهمية فى تعليم السلوكيات المركبة وخاصة للأطفال ولاننا لانعطى المكافأة إلا مع آخر خطوة فى السلوك فان المعالج أو المدرب عليه أن يشجع الطفل بعد اتمام كل خطوة وان تكون المكافأة المادية (مثل الحلوى أو للعب) فى النهاية وفى بعض الاحيان كما يحدث على سبيل المثال فى العمل مع المتخلفين عقليا فان بعض الخطوات السابقة قد تحتاج إلى تقسيم من جديد إلى خطوات ويصبح علينا فى هذه الحالة أن ندرّب الطفل أولاً على كل مهمة بطريقة التشكيل على سبيل المثال للتدريب على لبس السروال وعلى لبس الفاتلة والتدريب على لبس الشراب وهكذا ثم نبداً فى تشكيل سلوك ارتداء الملابس كلها على النحو المذكور.

ومايميز التسلسل عن التشكيل هو اننا فى التشكيل نبداً بأول خطوة ونعززها ثم ننقل إلى الخطوة الثانية حيث يقوم الشخص بالخطوتين ثم نعزز الخطوة الأخيرة وهكذا . أى اننا ننقل فى اتجاه متقدم أما فى حالة التسلسل

فان آخر خطوة هي التي تعزز دائما ومنذ البداية كما أن التتابع يسير إلى الوراء من الخطوة الأخيرة إلى الخطوة الأولى مع المحافظة على تعزيز آخر خطوة فقط.

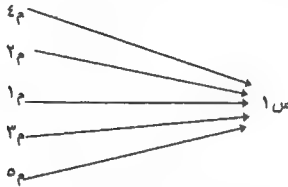
٧. التعميم: Generalization

يحدث التعميم عندما يمتد اثر تعزيز سلوك ما إلى ظروف أخرى غير التي حدث فيها التدريب أى إلى مواقف أخرى أو يمتد إلى سلوكيات أخرى غير التي تناولها البرنامج. ويعرف التعميم الذي يميز فيه اثر التعزيز إلى مواقف أخرى بتعميم المثير "Stimulus generalization" أما التعميم من النوع الثاني والذي يمتد فيه اثر التعزيز إلى استجابات أخرى فانه يعرف "بتعميم الاستجابة" Response Generalization.

أ. تعميم المثير:

من المعروف أن السلوك يحدث في مواقف معينة، وبذلك فان الاستجابة التي يتكرر تدعيمها في موقف معين من المحتمل أن يتكرر حدوثها في ذلك الموقف غير أنه من الملاحظ في الحياة العامة الواقعية أن المواقف والمثيرات غالبا ما تكون بينها خصائص مشتركة وبذلك فان الضبط الذي يحدث من مثير أو موقف معين قد يشترك معه فيه مثيرات أخرى مشابهة له أو تربطها به خصائص مشتركة (سكنر ١٩٥٣) بذلك فان السلوك الذي كان يحدث في الموقف الأول يمكن أن يحدث في مواقف جديدة مشابهة للموقف الأصلي الذي حدث فيه التعزيز. فاذا كانت الاستجابة قد تلقت تعزيزاً في موقف ما أو في مكان ما يزداد حدوثها ايضا في مواقف أخرى رغم عدم تعزيزها في هذه المواقف فان ذلك يطلق عليه تعميم المثير والذي يعنى تعميم أو نقل الاستجابة إلى مواقف غير تلك التي حدث فيها التدريب.

فاذا رمزنا للاستجابة بالرمز م١ وللثيرات بالرمز م١، م٢، م٣، م٤، م٥، فان الشكل التالى يوضح لنا فكرة تعميم المثير.



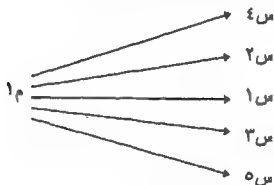
ونتوقف درجة تعميم المثير على مدى تشابه المثيرات الجديدة (المواقف) مع المثير (الموقف) الذى تم تدريب الاستجابة فيه. وبالطبع فانه فى المدى البعيد فان الاستجابة قد لاتعمم عبر المواقف لان الفرد يصبح قادرا على التمييز بين المواقف التى تعزز فيها الاستجابة وتلك التى لاتتلقى تعزيزا.

وهناك امثلة كثيرة لتعميم المثير من واقع الحياة اليومية، فنجد أن الطفل قد يقول اشياء معينة فى وجود افراد أسرته ومناقشة لهذه الاشياء يعزز (أعلى الاقل لايتلقى عنه عقابا) من جانب افراد الأسرة، غير أن ما يحدث هو أن الطفل يناقش ايضا هذه الأمور فى وجود ضيوف للأسرة ذلك أن سلوك الطفل قد عمم إلى مواقف أخرى. وكذلك نجد أن بعض الأطفال حديثى العهد بالمدرسة يستجيبون للمدرس بنفس الطريقة التى يستجيب بها لوالده وتكون هذه الاستجابة أكثر تشابها كلما زاد تشابه المدرسين مع الآباء.

أن تعميم المثير تعتبر مسألة هامة جداً في تعديل السلوك، فالتدريب أو العلاج يتم عادة في موقف أو مكان معين مثل حجرة الدراسة أو المنزل أو المستشفى أو المعهد. ومن المرغوب فيه أن تعمم السلوكيات التي نتمناها لدى العملاء في تلك المواقف إلى مواقف أخرى وفي وجود أناس آخرين غير المعالج.

ب- تعميم الاستجابة:

قد يحدث عندما تتغير استجابة شخص ما أن تتأثر استجابات أخرى لديه. فعلى سبيل المثال لو امتدحنا شخصاً لتبسمه فإنه قد يزيد من معدل الضحك بل والكلام أيضاً ويرجع ذلك إلى أن تعزيز استجابة ما يزيد من احتمال حدوث استجابات أخرى مشابهة للاستجابة الأولى المعززة (سكنر ١٩٥٣) وهذا هو ما يعرف بتعميم الاستجابة. وكلما زاد الشبه بين الاستجابة غير المعززة والاستجابة المعززة فإن احتمال حدوث الاستجابة المشابهة يزداد. ويوضح الشكل التالي عملية تعميم الاستجابة. حيث يشير م ١ إلى موقف المثير الذي يحدث فيه تدريب على الاستجابة (الموقف) بينما س ١ تشير إلى الاستجابة المعززة. ورغم أن هناك استجابة واحدة يتم التدريب عليها في الموقف وهي س ١ فإن هناك استجابات أخرى س ٢، س ٣، س ٤، س ٥ وهي استجابات مشابهة للاستجابة المعززة يمكن أن تظهر في ذلك الموقف أي أن هناك ابدال يفترن عادة بتغيرات في السلوكيات الأخرى كذلك.



وعلى سبيل المثال فقد اتضح من احدى الدراسات التى اشتملت على محاولة قمع السلوك اللفظى غير المناسب لدى طفل متخلف عقلياً عمره عشر سنوات عن طريق العقاب بالحرمان لمدة دقيقتين من النشاط، وقد ينتج عن ذلك بجانب التغير فى السلوك اللفظى تغيراً فى السلوكيات الاجتماعية مثل الاشتراك فى الأنشطة والبدء بالحديث مع الآخرين. وتفسر لنا ظاهرة تعميم الاستجابة تلك التغيرات التى تطرأ على الاستجابات التى لم تكن مستهدفة بالتعديل فى العلاج.

٨- التمييز: Discrimination

قلنا أن السلوك الاجرائى يتأثر بالنتائج التى تعقب السلوك أى بالمعززات أو العقاب فيزداد حدوثه بوجود معززات ويقل بوجود عقاب. ومع ذلك فإن الأحداث التى تقع قبل السلوك أو الاستجابة يكون لها سيطرة على السلوك أو قوة ضبط عليه. ومن مثل هذه الأحداث: التوجيه البدنى، النماذج، والتعليمات اللفظية، والتعليمات التى تسبق الاستجابة وتسهل اداءها. كذلك نجد احياناً سابقة تفرض ضبطاً على السلوك ففى بعض المواقف (أو فى وجود بعض المثبرات) قد تعزز الاستجابة بينما فى مواقف أخرى (فى وجود مثبرات أخرى) فإن نفس الاستجابة لا تلقى تعزيزاً. ويعرف ذلك بالتعزيز الفارق Differential Reinforcement وبذلك فعندما نعرز استجابة فى وجود مثبر ما ولا نعرزها فى وجود مثبر آخر لفترة من الزمن، فإن كل مثبر يشير إلى النتائج التى يتوقع أن تعقب الاستجابة. فالمثبر الذى يوجد عندما تلقى الاستجابة تعزيزاً يشير إلى أن أداء هذه الاستجابة من المحتمل أن يلقى التعزيز فى وجوده. وعلى العكس من ذلك فإن المثبر الذى يوجد فى حالة عدم التعزيز يعطى إشارة إلى أن الاستجابة لا يتوقع أن تعزز. وعندما يستجيب الفرد بطريقة مختلفة فى وجود مثبرات مختلفة فانه يكون حينئذ قد

قام بالتمييز . وعندما تضبط الاستجابة عن طريق الأحداث السابقة عليها (المثيرات) نقول أن السلوك تحت ضبط المثير.

فاذا رمزنا إلى المثير الذى فى وجوده يظهر التعزيز بالرمز م ف والى المثير الذى ارتبط بعدم التعزيز بالرمز م ص، فإن تأثير التعزيز الفارق هو أن الاستجابة التى تلقت تعزيزا نتوقع أن تحدث فى وجود المثير م ف ولايتوقع أن تحدث فى وجود م ص، ويمكن تعديل احتمال حدوث الاستجابة بالزيادة أو النقص بتقديم أو استبعاد المثير المعزز م ف. وهناك أمثلة عديدة على ضبط المثير stimulus Control فى الحياة اليومية. فصوت جرس الباب يشير إلى أن سلوكا معينا (فتح الباب) من المحتمل أن يُعزز (برؤية شخص ما) وبصفة خاصة فإن صوت الجرس قد ارتبط بشكل متكرر بوجود الزائرين أو الضيوف على الباب (المعزز) ومن شأن صوت الجرس (م ف) أن يزيد احتمال أن يفتح الباب، وفى غياب صوت جرس الباب فإن احتمال القيام بفتحة يصبح ضئيلا. ويمثل صوت جرس الباب جرس التليفون وساعة التوقيت فى المواقف والاحزان وغيرها وكل هذه الاصوات تعمل كمثيرات مميزة تشير إلى احتمال تعزيز استجابة معينة. ومن أمثلة ضبط المثير أيضا أن الفاكهة الناضجة مثلا التفاح الأحمر والبرتقال الأصفر ترتبط بالمذاق الحلو بينما التفاح الأخضر غير الناضج أو البرتقال الأخضر قلها مذاق حمضى لاذع. فالمذاق الحلو للتفاح الناضج يعزز اختيار واستهلاك التفاح الأحمر، وبذلك فإن لون الفاكهة يعتبر مثيرا يضبط الاحتمال الخاص بتناول فاكهة معينة فى المستقبل. كذلك ابتسامة يوجهها شخص ما لآخر قد تسمح باستجابة اجتماعية من جانبه مثل بدء الحديث مع هذا الشخص على حين أن تكشيرة أو تجهم من شخص تجعلنا ندرك أن تعاملنا الاجتماعى مع هذا الشخص لن يلقى تعزيزا.

ويعتبر ضبط المثير (تميز المثير) من القواعد الهامة في برامج تعديل وعلاج السلوك، ففي كثير من هذه البرامج يكون الهدف هو تبديل العلاقة بين السلوك وظروف المثير التي يحدث فيها هذا السلوك. وتنشأ بعض مشكلات السلوك نتيجة اخفاق مثيرات معينة في ضبط السلوك (عدم التمييز) رغم أن هذا الضبط يكون مرغوباً فالأطفال الذين لا ينفذون تعليمات آبائهم إنما يكون سلوكهم هذا نتيجة غياب ضبط المثير. أى أن هذه التعليمات لم يعد لها تأثير على سلوك الأطفال. ويكون هدف برنامج تعديل السلوك أن يزيد من استجاباتهم للتعليمات. كذلك نجد أن بعض السلوكيات تخضع تماماً لما يسبقها من أحداث (مثيرات)، وعلى سبيل المثال فإن بعض الأشخاص الذين يعانون من شره في تناول الطعام إنما يتناولون الطعام لمجرد رؤية منظره وليس نتيجة لجوع حقيقى. وعند علاج هؤلاء الأفراد فإننا نركز على استبعاد الضبط الذى اكتسبه منظر الطعام (للمثير) على سلوك الأكل.

أن الأفراد يقومون بسلوك مختلف تحت ظروف متشابهة مع وجود مثيرات تختلف قليلاً نتيجة لقدرتهم على التمييز وكنتيجة لوجود عملية ضبط من جانب المثير الذى يميزونه على السلوك. ومن الأمثلة على ذلك مانشاهده فى المدارس الابتدائية من أن التلاميذ يحتفظون بهدوئهم حين يكون المدرس داخل حجرة المدرسة بينما لا يفعلون ذلك وهو خارج الحجرة حتى لو كان واقفاً على بابها. والموظف يهتم برضاه رئيسه فى العمل ولا يهتم برضاه غيره ممن هم فى نفس المستوى الوظيفى لرئيسه.

وفى مجال العلاج السلوكى فإن التدريب على السلوك التوكيدى Assertion يقوم على أساس استخدام مهارات التمييز لدى العملاء كجزء من عملية الارشاد حيث يتم تدريب العملاء على التعرف على المؤشرات

المختلفة فى المواقف المتنوعة والتي تستدعى استخدام مهارات السلوك التوكيدى.

٩. التلقين Prompting

يشبه التلقين باعتباره مبدأ من مبادئ التعلم ذلك التلقين الذى يحدث فى المسرح. فهو عبارة عن تلميح أو مؤشر يجعل احتمال الاستجابة الصحية أكثر حدوثاً. والمثال التالى يوضح ذلك:

الوالد : ما هو اضخم حيوان تعرفه.

الطفل : لأعرف.

الوالد : الحيوان يبدأ بحرف ف.

الطفل : فيل

١٠. التلاشى أو السحب التدريجى: Fading

اسلوب من أساليب العلاج السلوكى التى تعتمد على مبادئ الاشراف الاجرائى، ويشتمل على أخذ سلوك يحدث فى موقف ما وجعله يحدث فى موقف آخر عن طريق التغيير التدريجى للموقف الأول إلى الموقف الثانى. فقد يكون الطفل هائلاً ومتعاوناً فى البيت على سبيل المثال، ولكنه يكون خائفاً ومنكمشاً إذا وضع فجأة فى حجرة للدراسة غريبة عليه. وهذا الخوف يمكن القضاء عليه إذا قدمنا الطفل بالتدريج لمواقف تشبه حجرة الدراسة. ويعتبر اسلوب السحب التدريجى ذا اهمية كبيرة عندما يتعلم العميل سلوكيات جديدة فى بيئة مفيدة مثل عيادة أو مستشفى أو مؤسسة ثم ينتقل فجأة من هذه الاماكن إلى بيئة المنزل أو المجتمع مما قد ينتج فقدان كثير من السلوكيات والمهارات التى اكتسبها. ولهذا فمن المفضل أن يتم السحب التدريجى من

بيئه العلاج إلى بيئه المنزل ويتم ذلك من خلال عمل تقريبات فى جانب
المثير أى البيئه نفسها. ويختلف هذا الاسلوب عن اسلوب التشكيل السابق
التحدث عنه حيث أن اسلوب السحب التدريجى يعتمد على احداث تدريج أو
تقريبات فى المثير بينما فى حالة التشكيل فان التقريبات تكون فى الاستجابة.
وفى المثال الذى ذكرناه فى التلقين فانه عندما يتعلم الطفل الاستجابة
الصحيحة فان عمله السحب التدريجى تتم بانقاص التلقين بشكل تدريجى قبل
ايقافه تماما.

وسوف يرد المزيد من تطبيقات الإشراف الإجرائى فى الباب الثانى من
هذا الكتاب.

الفصل السابع

استخدام النماذج السلوكية

"تمنجة السلوك" Modeling

يعتبر استخدام النماذج السلوكية (النمذجة) Modeling أحد الفنيات الهامة التى تستخدم فى العلاج السلوكى والتى تستند إلى نظرية التعلم الاجتماعى social Learning حيث يحدث تغيير الأداء (التعلم) نتيجة ملاحظة سلوك يقوم به شخص آخر. وقد يكون الأداء فى هذه الحالة فى وقت لاحق على المشاهدة وليس بالضرورة أن يشتمل على التقليد الفورى للملوك.

وبجانب اصطلاح النمذجة Modeling يستخدم مصطلحان آخران هما التقليد Imitation والتعلم بالملاحظة Learning by observation ويستخدم اصطلاح النمذجة إيشير إلى سلوك الفرد الذى نلاحظه أى الذى يعمل كنموذج Model أما التقليد فانه مصطلح للدلالة على سلوك المتعلم الذى يلاحظ سلوكا معينا ويقوم بتقليده وهو يعكس الاداء. وأما التعلم بالملاحظة فهو مصطلح يستخدم للدلالة على التعلم الذى يحدث من ملاحظة الآخرين وقد يكون الأداء فى هذه الحالة لاحقا ولايشتمل على التقليد الفورى.

والتعلم بالملاحظة وتقليد النموذج سلوكا عرفته البشرية منذ القدم، وقد أشار القرآن الكريم إلى هذا النوع من التعلم فى قصة ابنى آدم.

"فبعث الله غراباً يبحث فى الارض ليريه كيف يوارى سوءة أخيه"

(المائدة: ٣١) "

كما أن السنة النبوية المطهرة تقوم فى جانب كبير على الاقتداء بأفعال الرسول صلوات الله وسلامه عليه. فيقول صلى الله عليه وسلم:

"صلوا كما رأيتمونى أصلى"

ويقول فى حجة الوداع:

"يأيها الناس خذوا على مناسككم"

وفي مجال الارشاد والعلاج النفسي الحديث فان الباحثين يرجعون إلى البرت باندورا A. Bandura وكتاباتة حول التعلم الاجتماعي التي تمثل البدايات الحديثة لاستخدام هذا الأسلوب. وتعتبر النمجة فنية علاجية بسيطة في أساسها وفي تطبيقها وهي تقوم على أساس إتاحة نموذج سلوكي مباشر أوضمني (تخيلي) للمسترشد (العميل) حيث يكون الهدف توصيل معلومات حول نموذج السلوك المعروض للعميل بقصد إحداث تغيير ما في سلوكه سواء باكتسابه سلوكا جديدا أوزيادة أو انقاص سلوك موجود عنده وقد ظهرت في السنوات الأخيرة دراسات عديدة تظهر إمكانية استخدام هذا الأسلوب العلاجي في كثير من المشكلات والاضطرابات مثل التدريب على السلوك التوكيدي، وحالات القلق، وحالات العدوان، وعيوب النطق، وفي اكتساب الاطفال المهارات والسلوك الاجتماعي، وفي بعض حالات الوسواس والسلوك القهري وحالات المخاوف المرضية وغيرها.

الوظائف الأساسية للنمجة:

للمنمجة أربع وظائف أساسية. فبملاحظة النموذج السلوكي يمكن للمسترشد أن يتعلم سلوكا جديدا مناسباً، وكذلك فإن ملاحظة النموذج ينتج عنه أثر اجتماعي تسهيلي facilitative وذلك بمساعدة المسترشد على أداء سلوكيات كان يوسع أن يقوم بها فيما مضى وذلك في أوقات أكثر ملاءمة وبطرق أكثر ملاءمة وتجاه أشخاص ملائمين، كذلك قد تؤدي النمجة إلى إنهاء كف سلوكيات كان المسترشد يتحاشاها بسبب الخوف أو القلق، وحين يُرفع الكف عن هذه السلوكيات فإن النمجة قد تزيد الانطفاء المباشر والانطفاء بالانتابة (التعويضي) للمخاوف المرتبطة بالشخص أو الشيء الذي كان السلوك موجها نحوه.

العوامل التي تؤثر في النمذجة:

تتأثر عملية النمذجة بمجموعة من العوامل التي تؤثر في نتائج هذه العملية وهذه العوامل هي:

- ١- خصائص النموذج.
- ٢- خصائص المشاهد (المسترشد).
- ٣- خصائص متصلة بالاجراءات المستخدمة في النمذجة.

أولاً: الخصائص المتصلة بالنموذج:

يميل الناس إلى تقليد الأشخاص الذين يكون لهم تقديراً وميلاً، وبذلك فإن النموذج الذي يلقي ترحيباً أو الذي يحظى باهتمام اجتماعي يكون له نتائج أفضل في النمذجة، كذلك من المهم أن يكون النموذج مناسباً في السن والنوع والعرق للمسترشد حيث أن ذلك يزيد قابلية المسترشد لتقليد السلوك النمذج عما لو كان النموذج بعيد الشبه في هذه الجوانب.

ثانياً: خصائص المشاهد (المسترشد أو المتعلم)

يرى باندورا (١٩٧٦) أن هناك أربع جوانب ينبغي الاهتمام بمدى توافرها في المسترشد حتى تؤتي النمذجة النتائج المرغوبة، وهذه الجوانب هي عمليات الانتباه، عمليات الحفظ، عمليات التوليد الحركي للسلوك وعمليات الدافعية.

أ- عمليات الانتباه: Attentional Processes

لا يكفي أن نعرض الفرد المسترشد لموقف نمذجة ليتعلم السلوك المطلوب أو يتأثر بالنموذج وإنما ينبغي لكي يحدث ذلك أن ينتبه المسترشد إلى موقف النمذجة وإن يستوعب المعلومات التي يعرضها النموذج، وتتوقف عمليات الانتباه على بعض الجوانب الخاصة بموقف النمذجة مثل وجود

تنوع في الاضاءة، وفي الصوت وتكرار المقاطع الهامة واعداد الملخصات التوضيحية وتعتمد كذلك على جوانب اخرى لدى المسترشد مثل سلامة الحواس عنده (السمع والبصر والشم والتذوق واللمس) ومستوى الاستثارة لديه وكذلك الجوانب الإدراكية...

ب- عمليات الحفظ Retention Processes

إذا انتبه المشاهد للعمليات المناسبة الخاصة بالملوك النمذج واستطاع أن يفهم جوانبها فإنه يحتاج أن يكون قادرا على تذكر المادة التي استقبلتها حواسه (في عمليات الانتباه) ويتم ذلك بتخزين هذه المادة في صورة مرمزة coded سواء سمعيا أو بصريا أو كليهما ويساعد اقتران الجوانب البصرية مع الجوانب السمعية وتكرار المعلومات على تذكر المادة النمذجة.

ج- اعادة توليد السلوك (الاسترجاع) Motoric Reproduction

في هذه العمليات يتم استرجاع السلوك المحفوظ في الذاكرة، غير أنه ينبغي أن نلاحظ أنه بالنسبة لبعض السلوكيات المركبة مثل ركوب الدراجات فإنه لا يكفي لأداء السلوك أن نقلد نماذج معروضة وإنما ينبغي أن تتوفر لدى المتعلم المهارات الحركية والقدرة على حفظ التوازن المطلوبين لأداء مثل هذا السلوك. وبذلك فإن مشاهدة للنموذج والاحتفاظ به في الذاكرة لا يكفيان لأدائه ولكن متى توفرت المهارات الأساسية فإن هذه المشاهدة تساعد كثيرا على اكتساب السلوك المطلوب.

وفي الواقع فإن الإنسان قد يخرتن معلومات حول نموذج معين لسنوات طويلة ثم يعيد هذه السلوكيات عندما يحين وقتها أو تدعو الحاجة إليها. فالطفل الصغير يكتسب سلوكيات كثيرة خاصة بالتعامل في اطار الاسرة من خلال معايشته للأسرة وقد يحتفظ بجانب كبير من هذه السلوكيات ليؤديها عندما يصبح راشد ويكون اسرة خاصة به.

د- عمليات الدافعية: Motivational Processes

إذا توافرت عمليات الانتباه من جانب المشاهد (المسترشد) وفهمه للمعلومات المنقولة من خلال العرض وحفظه لهذه المعلومات ثم وجود المهارة الحركية لتنفيذ النشاط النمذج فإن هذا المشاهد قد لا يودى السلوك النمذج لأنه يتوقع نتائج منفرة (عقاب) بعد هذا السلوك. ومن ناحية أخرى فإنه عندما يتوقع الأفراد نتائج إيجابية (تدعيم) من أداء السلوك النمذج فإننا نتوقع منهم سيؤدون هذا السلوك.

ثالثاً: خصائص متصلة بالاجراءات:

قد يشتمل موقف النمذجة والاسلوب الذى تتم به على بعض الجوانب التى تؤثر على نتائجها، وعلى سبيل المثال فقد لوحظ أن النتائج التى يحصل عليها النموذج (القائم بالعرض) تؤثر على نتائج النمذجة، فالنموذج الذى يكافأ على السلوك الذى أداه يكون أكثر قابلية للتقليد من جانب المشاهدين عما لو كان هذا النموذج يتلقى عقاباً. كذلك فإن أداء النماذج للسلوكيات النمذجة فى مواقف مختلفة يزيد من آثار النمذجة، ومن ناحية أخرى فقد لوحظ أنه عند وجود نماذج متعددة فإن النتائج تكون أفضل مما لو كان هناك نموذج واحد. وإذا اشتملت عملية النمذجة على قاعدة أو خطة يمكن أن يكتشفها المشاهد من واقع السلوك النمذج فإن آثار للنمذجة تزداد بالنسبة له إلى حد كبير.

٣. أنواع النمذجة:

يمكن أن تتم للنمذجة بعدة صور فهناك النمذجة المباشرة أو الحية والنمذجة الضمنية أو التخيلية، والنمذجة بالمشاركة ونتناول كل من هذه الأنواع فيما يلى بالوصف:-

أ- النمذجة المباشرة أو الصريحة (الحية) Overt Modeling

فى هذه الطريقة يتم عرض نماذج حية تقوم بالسلوك المطلوب تعلمه. حيث يتم ذلك عن طريق اشخاص واقعيين أو عن طريق اشخاص ومواقف معروضة فى افلام. وعلى سبيل المثال قد يرغب أحد المرشدين فى تعليم الطلاب كيفية عبور الشارع أو كيفية الجلوس للاستنكار ويمكن للمرشد فى هذه الحالة ان يهئ موقفا حقيقيا يعرض فيه نموذج (أحد الطلاب أو المرشد نفسه أو كليهما) السلوك المرغوب أو قد يستعين بأحد الافلام التعليمية لهذا الغرض.

ب- النمذجة الضمنية (التخيلية) Covert Modeling

فى كثير من الأحيان يصبح من الصعب اعداد نماذج حية أو محسوسة لعرضها على المسترشد أو المريض فى مكاتب الارشاد أو العيادات النفسية ولهذا فقد اقترح كوتيللا (1971) Cautela استخدام النماذج التخيلية. وتقوم النمذجة فى هذه الحالة على اساس أن يتخيل العميل نماذج تقوم بالسلوكيات التى يود المرشد لهذا العميل أن يقوم بها. وكما أوضحنا من قبل أن النمذجة تركز اساسا على معلومات نود أن نوصلها إلى المسترشد وبذلك فان مساعدة المسترشد على تخيل سلسلة من الأحداث يمكن أن يؤدي وظيفة النمذجة الصريحة. ويرى ويلسون وأولارى (1980) Wilsn & Olary أن استخدام النماذج الضمنية يعطى نتائج مساوية للنتائج التى تنتج عن استخدام النماذج الحية. وقد استخدم كازدين (1974) Kazdin اسلوب النمذجة الضمنية فى تقليل الخوف لدى طلاب الجامعة، كذلك استخدم نفس الباحث هذا الاسلوب فى اكساب السلوك التوكيدى للطلاب الذين ينقصهم هذا السلوك وذلك بأن يطلب منهم أن يتخلوا نمونجا مشابها لهم يقوم بالسلوك التوكيدى. كما أوضحت الابحاث التى قام بها كوتيللا وفلانارى وهانلى (1974) Cutela,

Plannery & Hanley عدم وجود فروق فى نتائج استخدام اسلوب النمذجة الصريحة واسلوب النمذجة الضمنية.

ج- النمذجة بالمشاركة: Participant Modeling

تشتمل عملية النمذجة بالمشاركة على عملية تشكيل نشطة مصحوبة بتوجيهات للعميل بجانب النمذجة المباشرة للسلوكيات موضوع العلاج ويرى باتدورا (١٩٧٧) أن هذه الطريقة فى العلاج يكون لها فاعلية اكبر من مجرد الاعتماد على مشاهدة العميل لنموذج يودى السلوكيات المطلوبة. وتشمل النمذجة بالمشاركة على عرض للسلوك بواسطة نموذج Model وكذلك قيام العميل بأداء هذا السلوك مع مساعدته بتوجيهات تقويمية من جانب المرشد أو المعالج وبذلك يصبح هذا الاسلوب أكثر فاعلية من الاقتصار على استخدام نماذج تؤدى السلوك دون أداء العميل له. فمثلا يمكن للمرشد أن يستخدم هذا الاسلوب لتعليم العميل كيف يتغلب على مخاوفه وفى وجود المرشد ومايعطيه من توجيهات للعميل يحدث اثرا مريحا العميل وهو يتغلب على مخاوفه بل أن المعالج الماهر لا يترك هذا الموقف دون أن يساعد العميل على أن يعقد مقارنة ويتعرف على ماحدث من تقدم.

استخدامات النمذجة:

تستخدم النمذجة فى الارشاد والعلاج النفسى اما لزيادة سلوك مرغوب أو لانقاص سلوك غير مرغوب.

أ- زيادة سلوك مرغوب عن طريق النمذجة:

يمكن أن نعتبر ما يحدث من زيادات فى السلوك نتيجة للنمذجة على أنه يشتمل على ثلاث انواع من النتائج:

Acquisition	أولاً: الأثر الاكتساب
Disinhibitory	ثانياً: الأثر ناتجة عن إزالة للكف
Facilitation	ثالثاً: الأثر خاصة بالتسهيل

ونتناول كل نوع من هذه الآثار فيما يلي:-

أولاً: الآثار الخاصة باكتساب سلوك:

يقصد بهذه المجموعة من الآثار الناتجة عن النمذجة تعلم سلسلة جديدة من السلوك كنتيجة لملاحظة نموذج، وبالمطبع فإن المشاهد ينبغي أن يعرف كيف يؤدي السلوكيات البسيطة الداخلة في هذه السلسلة المتتابعة وان يؤديها في صورة خاصة به تظهر تأثير النمذجة. وفي تجربة قام بها كاي (1971) Kaye لاطهار كيفية اكتساب تتابع جديد للسلوك عند مجموعة من الأطفال عرض لمجموعة من الأطفال في عمر ستة أشهر لعباً يحجزها عن كل طفل شاشة زجاجية تتيح للطفل رؤية اللعبة والتحرك نحوها دون أن يتمكن من الوصول إليها بسبب المساطر الزجاجي. ثم قام الباحث بنمذجة سلوك الدوران حول المساطر الزجاجي والوصول إلى اللعبة. وقد أعقب ذلك أن قام الأطفال بتقليد سلوك الباحث وأمكنهم جميعاً بمحاولات بسيطة أن يحصلوا على اللعبة دون عناء.

كما قام لوفاس وزملاؤه (1976) Lovas et al بأعداد برنامج للأطفال الذين يعانون من الذاتية Autism والذين كان لديهم نقص في المهارات اللغوية، ويعتمد هذا البرنامج على استخدام النمذجة من جانب المعالج الذي يقوم بإخراج الحروف ثم المقاطع وعندما يقوم الطفل بتقليد سلوك المعالج فإن هذا السلوك يدعم (يعزز) بمكافأة مباشرة (حلوى) وقد أثبت هذا البرنامج نجاحاً كبيراً في تحقيق هدفه.

كذلك قام باندورا، روس، روس (١٩٦٣) Bandura, Ross and Ross بدراسة لأثر الاكتساب بالنمذجة في تجربة عن العدوان لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة (سن الحضانة) وقد أتاح الباحثون لمجموعة من الأطفال فرصة لمشاهدة نموذج يسلك بطريقة عدوانية نحو دمية في حجم الطفل. وقد وجد الباحثون أن الأطفال الذين شاهدوا هذا النموذج (العدواني) قاموا بتقليد نفس التصرفات العدوانية التي عرضها النموذج مثل الجلوس على الدمية، الضرب والركل وقذفها عبر الغرفة وكذلك استخدام كلمات عدوانية واستتجوا أن الأطفال الذين شاهدوا السلوك العدواني (المجموعة التجريبية) الذي عرضه النموذج قد قاموا بتقليده وإظهار سلوك عدواني بدرجة أكبر من المجموعة الثانية التي لم تشاهد النموذج (المجموعة الضابطة) كما اتضح أن نسبة اكتساب السلوك المعروف (العدوان في هذه التجربة) لدى الذكور كان أعلى منه لدى الإناث ويوضح الجدول التالي هذه النتائج:

النوع	اطفال شاهدوا النموذج (مجموعة تجريبية)	اطفال لم يشاهدوا النموذج (مجموعة مقارنة)
بنين	٢٤,٤ %	٣,٩ %
بنات	١٤,٢ %	١,٨ %

كذلك وجد هيكس (١٩٦٥، ١٩٦٨) Hicks من مجموعة دراسات قام بها أن الأطفال قاموا بمحاكاة سلوكيات جديدة شاهدوها في أفلام عرضت عليهم وأن هذه السلوكيات بقيت معهم عند إجراء دراسة تتبعية بعد فترات زمنية من ٦-٨ أشهر من مشاهدة الفيلم.

ثانياً: الآثار المانعة من الكف:

أن التأثير المانع للكف يحدث عندما يصبح السلوك الذي كان مكفوفاً لدى الفرد أكثر حدوثاً بعد مشاهدة نموذج يقوم بهذا السلوك موضوع الكف بدون أن يعانى من أى نتائج عكسية.

ومن الامثلة الشائعة للآثر المضاد للكف مآشاهده فى الحفلات حين يبدأ احد الاشخاص فى سرد فكاهة فنجد آخرين وقد بدأوا بعدها فى تقليد هذا السلوك كما يمكن أن نشاهد مثل هذه الآثار فى علاج المخاوف لدى الأطفال الذين يبدأون فى الاقتراب من الأشياء التى تخيفهم والدخول إلى تفاعلات اجتماعية مع الآخرين بمشاهدتهم نماذج سلوكية.

وقد أوضح باتدورا وزملاؤه أن كثيراً من الأطفال والكبار الذين كانت لديهم مخاوف من الثعابين عليهم أن يتعلموا الاقتراب من ثعبان والامساك به داخل مختبر بعد مشاهدة نموذج يقترب تدريجياً من ثعبان.

كما قام أوكونور (1969) O'conor بتجربة على الأطفال شديدي الانسحاب الذين كانوا فى سن ملقب المدرسة وكانت مشكلاتهم السلوكية فى جانب منها بسبب الخوف من المشاركة فى اللواقف الاجتماعية وقد قسم الأطفال الذين أجرى عليهم الدراسة إلى مجموعتين حيث عرض على إحدى المجموعتين فيلماً يحتوى على موقف يحاول فيه طفل خائف أن يقترب من المواقف التى يخاف منها عن طريق ملاحظة غيره وهم يتفاعلون فى هذه المواقف وينتهى الأمر بالطفل الخائف فى الفيلم إلى الانسداد فى أنشطة كثيرة والتعامل مع عدد أكبر من زملائه.

أما المجموعة الثانية من افراد البحث فقد شاهدوا فيلماً محايداً (خالٍ من النمذجة) وبعد مشاهدة الأفلام لوحظت تفاعلات الأطفال الاجتماعية فى فصولهم وقد وجد الباحث أن مجموعة الأطفال الذين شاهدوا الفيلم المشتمل على نمذجة عن التفاعل مع الآخرين قد ازدادت تفاعلاتهم الاجتماعية بشكل كبير وذلك على عكس الأطفال الذين شاهدوا الفيلم المحايد فان سلوكهم لم يتغير وقد كررت نفس التجربة من قبل باحثين آخرين وحصلوا على نتائج

مشابهة كما اتضح لهم أن السلوك المكتسب (التفاعل الاجتماعي) من النمذجة يستمر لفترات طويلة. كذلك فقد قام هيرمن وايزلر وميلر (١٩٧٤) Hersen, Eisler and Miller بتجربة استخدموا فيها أسلوب النمذجة لاكتساب السلوك التوكيدي للمرضى فى مستشفيات الأمراض العقلية حيث قسموا المرضى إلى خمس مجموعات على النحو التالى:

المجموعة الأولى: استخدم معها أسلوب النمذجة مع إرشادات لتقليد النموذج.

المجموعة الثانية: استخدم معها أسلوب النمذجة مع إرشادات للتعميم لمواقف أخرى.

المجموعة الثالثة: استخدم معها أسلوب تمثيل الأدوار (أداء الأدوار) بدون الحصول على توجيهات.

المجموعة الرابعة: استخدم معها أسلوب تمثيل الأدوار مع إرشاد من المعالج بالتعميم لمواقف أخرى.

المجموعة الخامسة: وهى مجموعة ضابطة لم يستخدم معها أى أسلوب.

ثم قدر سلوك المرضى فى مواقف فيها علاقات شخصية تستدعى وجود السلوك التوكيدي وكانت النتيجة أن المرضى الذين شاهدوا النموذج مع وجود إرشادات أو إرشادات بالتعميم قد أظهروا زيادة أكبر فى السلوك التوكيدي.

ثالثاً: الآثار للتسهيلية:

وفى هذه الحالة فإنه ينتج عن ملاحظة العميل لسلوك منمذج زيادة فى أداء سلوك مقبول اجتماعياً وعلى عكس آثار الاكتساب والاثار المانعة للكف

فان الاثر التسهيلي لايتضمن تعلم تتابع جديد للسلوك أوزيادة فى السلوكيات التى لاتتف فى سبيلها قيود أو التى تكون غير مقبولة اجتماعيا. ومن أمثلة هذا النوع زيادة السلوك التعاونى لدى الأفراد.

قام ليبيرت وبولوس (١٩٧٥) Libert & Poulos بتجربة عرض فيها فيلما يظهر فيه طفل وطفله يتشاجران حول أرجوحة ثم يحدث بعد ذلك أن يقترح الطفل أن يتبادلا التآرجح ويعرض أن تبدأ الطفلة أولا. وقد تبين للباحث أن الأطفال الذين شاهدوا الفيلم كان تعاونهم فى الالعب أكثر من اطفال مجموعة مقارنة لم تشاهد الفيلم.

وهناك امثلة عديدة عن استخدام هذا الاسلوب فى الحياة بقصد تنمية أو تيسير استجابة معينة، فقد لوحظ على سبيل المثال أن العمال الذين يعملون فى غرف خلع المعاطف فى المطاعم الكبرى يضعون اطباقا فيها مبالغ كبيرة تمثل الاكراميات على امل أن يحصلوا على مزيد من الاكراميات من الزبائن، وكذلك يلجأ بعض الفرق الموسيقية والمسرحية إلى دفع مبالغ لأفراد يجلسون فى وسط المتفرجين ليقوموا بالتصفيق لاداء الفرقة أملا فى حث جمهور المشاهدين على التصفيق.

وقد قام بريان وتيست (١٩٦٧) Bryan and Test بدراسة شيقة حيث اشتملت دراستهما على سيدة تقف بجوار سيارتها وقد لفرغ اطار السيارة من الهواء ومعها اطار ممتلئ، وفى الفترة المخصصة للتجربة كان هناك على مسافة ٤٠٠ متر من هذا المشهد نموذج (رجل) يساعد سيدة فى استبدال (اطار سيارتها) أما فى الفترة الضابطة وفى نفس اليوم فان النموذج لم يكن موجوداً، وقد اتضح من الدراسة أن وجود النموذج (الرجل الذى يساعد السيدة) قد ساعد على زيادة عدد الأفراد الذين وقفوا لمساعدة السيدة فى موقعها أكثر مما حدث فى الفترة الضابطة.

ب - تناقص السلوك عن طريق النمذجة:

يمكن النظر إلى ما يحدث من تناقص في السلوك نتيجة للنمذجة على أنه ينتمي إلى مجموعتين:

ففي المجموعة الأولى يشاهد العميل نموذجا يتلقى عقابا عن سلوك ما ومن ثم فإنه يصبح (أى العميل) أقل ميلا للاشتراك فى هذا السلوك، وهذا الأسلوب غالبا ما تتبعه الهيئات المسئولة عن صحة المواطنين وسلامتهم وذلك للمساعدة على تقليد السلوكيات الضارة كالتدخين وقيادة السيارات بطريقة رعناء وذلك من خلال عرض الأفلام التى تظهر الآثار السيئة والضارة لهذه السلوكيات، وقد ينتج الاثر الكاف أيضا من مشاهدة نموذج يشترك فى سلوك ما دون أن يلقى تدعيما عن هذا السلوك (انطفاء بالتعويض) وعلى سبيل المثال فإن التلميذ إذا شاهد زميلا له يستخدم طريقة ما لحل مسألة ولم توصله هذه الطريقة للحل فإنه يبتعد عن استخدام هذه الطريقة، وكذلك فإن بعض الناس يقل تدخينهم فى وجود ضيف معدل تدخينه قليل أو لا يدخن.

أما المجموعة الثانية فإنها تنتج عن نمذجة سلوك غير متناسب مع السلوك موضوع المشكلة، فمثلا الشخص الخائف عندما يلاحظ نموذجا يواجه الخوف فإنه يقل لديه سلوك الخوف.

المجموعة الأولى: الأثر الكاف (المانع)

ومن أمثلة هذه المجموعة ذلك البرنامج الذى اعدده شيبارد (١٩٧٧) Sheppard لزيادة الوعي لدى الاحداث حيث شملت هذه الدراسة بعض الاحداث الذين ارتكبوا جرائم بسيطة وكانت اعمارهم بين ١٤، ١٦ سنة حيث خصصت لهم ساعات معينة يجلسون فيها مع مجموعة من السجناء

المحكوم عليهم بمدد مسجن طويلة يحدثونهم عن المعاناة التى يلقونها فى السجن ومعنى أن يدخل انسان السجن الخ وبعد المحاضرة يقوم أحد مستخدمى أو موظفى السجن بمرافقة الأحداث لزيارة أسوأ الأماكن فى السجن وبصفة خاصة الزنزانات (حجرات الحبس) وقد أوضحت تقارير الاباء والأحداث انفسهم وكذلك تقارير الشرطة نجاح هذا البرنامج.

المجموعة الثانية: الاثر الخاص بالسلوك غير المناسب:

أمكن تخفيض عدد كبير من مخاوف العملاء عن طريق قيام نماذج بأداء سلوكيات لا تتناسب مع سلوك الخوف لدى العملاء ومن بين التجارب التى تمت فى هذا الخصوص ما قام به ميلاميد وسايجل (Melamed and Siegel) اللذين أعدا فيلما بعنوان "عملية جراحية لإيثان" ويشتمل هذا الفيلم على عرض لخبرات طفل عمره سبع سنوات تجرى له عملية فتق ويصف الطفل مشاعره الخاصة ومخاوفه فى كل مرحلة من المراحل وكيف تغلب عليها، ويرى المشاهد إيثان وهو يتقدم من مرحلة الدخول للمستشفى إلى المرحلة الخاصة بالإقامة فى جناح المرضى ثم مرحلة التخدير والجراحة فالعودة إلى جناح النقاهة ثم إلى منزلة مع أسرته، وقد اشتملت التجربة على مجموعتين من الأطفال الذين كانوا على وشك إجراء عمليات مثل استئصال اللوزتين، المجموعة الأولى يعرض عليها هذا الفيلم والمجموعة الثانية يعرض عليها فيلم عن رحلة يقوم بها الطفل إلى الريف وقد جمع الباحثان بيانات عن القلق كما عبر عنه الأطفال وكذلك من خلال القياس الفسيولوجى للقلق (مثل قياس كمية عرق الكفين) وأوضحت النتائج انخفاضاً جوهرياً فى كمية القلق لدى المجموعة للتجريبية سواء قبل الجراحة أو بعدها عن المجموعة المقارنة.

الفصل الثامن

الغمر Flooding

ذكرنا من قبل أن هناك أسلوبين أساسيين لتغيير المملوك يقومان على أساس من الاشرط الكلاسيكى (اشرط المستجيب) وهما الاشرط المضاد Counter Conditioning والانتفاء extinction. كلا الاسلوبين يمكن اجراءهما بالتدرج باستخدام مدرج للاقتراب من الموقف الذى يولد أقوى استجابة (مثل القلق أو الخوف) وكذلك بطريقة غير تدرجية عن طريق مواجهة المواقف التى تقع فى قمة المدرجات مباشرة وفى هذا الفصل نتناول هذه الطريقة الأخيرة وهى مواجهة المواقف المثيرة للقلق مباشرة ودون تدرج وفى الانتفاء القائم على الاشرط الاستجابى فإنه يشتمل على عرض المثير المباشر للعميل مرة تلو المرة بدون ان يقترن بالمثير غير المشروط (المثير الطبيعى) الى ان تتوقف الاستجابة المشروطة عن الحدوث.

كان خالد وهو تلميذ فى المدرسة الابتدائية يجرى فى طابور الرياضة حين سقط على حافة الملعب فأصيب بجرح. وفيما بعد أصبح يخاف من الاشتراك فى طابور الجرى هنا نجد ان طابور الرياضة مثير مشروط وان الحجر الذى سقط عليه هو المثير الطبيعى (غير المشروط) الذى ولد الجرح والألم. اذا أردنا أن نوقف الخوف بطريقة الانتفاء فإننا نساعد خالد للعودة الى الاشتراك فى الجرى والابقاء عليه الى ان يتحقق ان الجرى لا يولد الألم.

الغمر : Flooding

يتضمن أسلوب الغمر تعريض العميل بسرعة للمثير المشروط فى الوقت الذى نقل فيه هروبه من هذا المثير المشروط. وتسمى هذه الطريقة أحيانا بطريقة منع الاستجابة reponse Prevention.

يعرض نيسبيت (١٩٧٣) Nesbitt حالة سيدة عمرها ٢٤ سنة كانت تعاني من خوف شديد ونفور من المصاعد والتي استمرت معها لمدة سبع سنوات نتيجة دفعها لاستخدام المصعد بواسطة أقاربها وقد اشتمل العلاج

على مصاحبته في المصدر لمرة واحدة ومعها المعالج ثم تركها بعد ذلك بمفردها وبعد نصف ساعة من هذه المعالجة تناقصت مخاوفها بشكل كبير وبعد ذلك بسنة شهور كانت تستخدم المصاعد مع قدر قليل من القلق.

والفكرة الرئيسية التي يركز عليها العلاج بالغمر هي التعريض السريع للعميل للمثير المشروط بدلا من تعرضه على فترات أو بالتدريج. وفي المثال السابق يكون ذلك بأن نبقي على السيدة التي كانت تخاف من المصاعد لفترة طويلة كافية وهي تقوم برحلتها في المصعد بدلا من ان تأخذ فترات راحة بين الجولات. ويفرض هنا ان هذه الطريقة تسهل عملية الانطفاء وربما يرجع ذلك الى ان الشخص يصبح منهكاً جسمياً بما لايسمح للاستجابة المشروطة ان تحدث وربما يرجع ذلك الى ان منع الاستجابة يساعد على كسر استجابات التجنب والتي لاتجد وقتاً للحدوث.

وفي الوقت الحاضر فإن الغمر يستخدم كلية مع المواقف التي تثير القلق. وأحد المميزات الرئيسية لهذه الطريقة هي انها اسرع في تأثيرها من الطرق التدريجية مثل طريقة التخلص التدريجي أما العيب الاساسي فيها فهي انها قد تزيد من قوة الاستجابة المشروطة (القلق أو الخوف) بدلا من ان تطفئها؛ فاذا كان الطفل يخاف من الكلاب فإن اجباره على ان يواجه الكلاب قد يزيد من خوفه من الكلاب بدلا من انطفائه. وليس من السهل ان نتكهن بما اذا كانت النتيجة ستكون انطفاء الاستجابة غير المرغوبة أو زيادتها ومن ثم فإن كثيراً من المعالجين يفضلون الالتجاء الى طريقة التدرج اكثر من الالتجاء الى طريقة الغمر.

ان من المشكلات التي يفيد فيها سلوك الغمر هي علاج عصاب الوسواس القهري حيث يكون القلق المشروط مرتبط بأفكار مثبته ومتكررة

(وساوس) أو ملوك حركى يكون القلق (قهار) وقد استخدم راكمان وزملاء (١٩٧٣) Rachman خليطاً من الغمر والنمجة حيث اشتملت النمجة على ان يقوم المعالج بدور النموذج الذى يؤدى التصرف الذى يخافه العميل وكانت احدى الحالات التى يعالجوها حالة فتاة عمرها ٢٢ سنة كانت لمدة خمس سنوات تخاف من التلوث من الكلاب الذى عمم الى مناطق كثيرة وقد تجنبت الاقتراب من مناطق كثيرة فى المدينة وقادتها مخاوفها الى تغيير مسكنها عدة مرات (خمس مرات فى ثلاث سنوات) وكانت تغسل يديها فى كل يوم خمسين مرة على الاقل وترمى مجموعة كبيرة من الملابس وتنظف كل المنزل (بما فى ذلك الستائر والاسقف والسجاد)

وقد اشتملت خطة العلاج على متعها من الغسيل المتكرر وعدم الخوف من تلوث مكان العلاج ولصطحباها فى جولات فى المناطق التى كانت تخاف منها. وفى نهاية العلاج كانت قد تخلصت من الافعال القهرية مع بقاء بعض الوسواس من التلوث.

يعد الغمر جزءاً من اساليب العلاج لمجموعة متنوعة من العلاجات بما فى ذلك مجموعات المواجهة والعلاج الجشطلتى والعلاج بالصرخة الاولى وهى تنشأ عندما يواجه العملاء بشكل مستمر بالمواقف، الذكريات، الأفكار والانتباعات والانتقادات من جانب الآخرين أو أى مصدر آخر للقلق مع عدم السماح لهم بالهروب منه سواء بنى أو نفسياً. وغالباً ما يصحب ذلك بردود فعل انفعالية قوية من جانب العملاء. وفى التحليل النفسى فان بعض هذه الاستجابات (ردود الفعل) قد تفسر على انها تنفيس (a breaction or catharsis) وكلاهما يعنى تخفيض التوتر الناتج عن الانفعال بسبب التحرر من الخبرة التى سببت التوتر.

ويمكن استخدام الغمر بالإضافة الى الاستخدام الاساسى فى المواقف المولدة للقلق فى الانفعالات الأخرى المولدة استجابيا، وعلى سبيل المثال فقد استخدم بلانكارد هذا الاسلوب فى علاج عميل عمره ٢٧ سنة (امرأة) كانت لديها خبرات غير سارة من موت الجنين وأدى هذا الى كراهية ورفض النساء الحوامل واشتمل العلاج على جلستين مدة كل منها ساعة ونصف أدت الى انطفاء كراهيتها وخوفها.

العلاج بالتفجير الداخلى: Implosive therapy

نوع من العلاج بالغمر طوره ستامبل وليفز (١٩٦٧). وهو عبارة عن فنية الغمر ولكن لها الخصائص الآتية:

- (أ) يكون عرض مواقف القلق عن طريق تخيل العميل.
- (ب) ان المناظر المتخيلة تكون غالبا مبالغاً فيها أو ربما مواقف مستحيلة معدة خصيصا لتولد أقصى قدر ممكن من القلق.
- (ج) ان المناظر تكون غالبا قائمة على مصادر مفترضة للقلق. وهذه المصادر تكون مركزه حول اشياء مثل العدوان نحو النماذج الوالدية، الرفض، الرغبة فى الموت وغيرها (وفى بعض الاحيان تتجه الى مصادر سيكودينامية) ويشتمل العلاج عادة على ان نجعل العميل يتخيل أولا موقفاً مثيراً للقلق ويتحقق انه رغم ان الموقف غير سار فانه بوسعه ان يتحمل القلق. ثم يعطى العميل سلسلة من المناظر المحدثه لقلق عالى ليتخيلها وعلى أن تكون متدرجة بشكل من الاشكال. وهذا العلاج غالبا مايكون مصحوبا برد فعل انفعالى شديد من جانب العميل يستمر خلال الجلسات العلاجية والى أن نتحقق ان القلق قد انطفأ.

على سبيل المثال فإن الشخص الذى يخاف من العناكب ربما يعالج من خلال ان نطلب منه ان يتخيل نفسه وهو يتناول طعامه وان هناك مجموعة من العناكب بدأت تخرج من هذا الطعام وتحيط بفمه وجسمه. وكذلك الشخص الذى يخاف من الركوب فى الطائرة قد نطلب منه ان يتخيل نفسه وهو راكب فى طائرة وأن فى هذه الطائرة قد انفجرت فى الجو وتمزق جسده الى قطع صغيرة.

وفى الواقع العلمى فإن الباحثين يرون أن العلاج بالتفجر الضمنى الداخلى يواجه مشكلتين رئيسيتين:

الأولى: هى ان بعض المعالجين يستخدم هذا الاسلوب مع تحويله الى اتجاه مقارب للتحليل النفسى.

الثانية: هى أن بعض العملاء لاينجح علاجهم بهذه الطريقة وانما قد ينتهى بهم الأمر الى مزيد القلق.

وعلى سبيل المثال فقد استخدم باريت (1969) Barrett اسلوب التفجر الضمنى الداخلى لعلاج بعض طلاب الجامعة من الخوف من الثعابين عن طريق تخيل عدد كبير من الثعابين وقد حدث بالنسبة لأحدى الطالبات أن اصبح منظر الثعابين مشروطا بإغلاق العينين الذى كان يتم خلال العلاج وبهذا أصبحت كلما اغمضت عينيها ترى الثعابين وبدأت تعاني من اضطرابات النوم وبدأت تضطرب فى دراستها وتتغيب عن المحاضرات.

الفصل التاسع

الإشراط التنفيري

Aversion Conditioning

يرجع استخدام الاساليب التفسيرية فى تعديل السلوك الى فجر التاريخ حيث لاحظ الاقدمون أن السلوك غير المرغوب يمكن انهاء اذا اقترن هذا السلوك بحادث منفرد. وتشتمل الاساليب التفسيرية على عرض مثيرات غير مسارة أو أحداث غير مسارة عقب ظهور السلوكيات (الاستجابات) غير المرغوبة من جانب العميل وذلك فى علاقة زمنية قريبة من حدوث الاستجابة وبذلك يقل حدوث الاستجابة غير المرغوبة.

ويمكن تفسير ماتوديه الأحداث المنفردة على أساس نظريتي الاشرط الكلاسيكى (البافلوف) والاشراط الاجرائى (سكنر).

فى الاشرط الكلاسيكى يكون لمثير طبيعى (غير مشروط) القدرة على توليد استجابة (غير مشروطة) فاذا صاحبنا هذا المثير الطبيعى بمثير محايد ليس له القدرة على توليد الاستجابة بمفرده لفترة كافية فان هذا المثير المحايد يصبح له القدرة على أحداث الاستجابة نفسها وذلك عند ظهوره منفردا ويطلق عليه فى هذه الحالة المثير المشروط.

وعلى ضوء هذ النظرية يمكن القول بأنه عندما يتعرض الكائن الى مثير منفرد فان بعض الافعال المنعكسة (الاستجابات) الفسيولوجية تتولد وتأخذ صورة استجابة الخوف، وتحت ظروف مناسبة فان المثيرات المحايدة التى توجد بصحبة المثيرات المنفردة تكتسب ايضا القدرة على توليد نفس الاستجابة (استجابة الخوف) أو استجابة مشابهة. وفى هذا النسخ فان استجابة الخوف تشترط لهذه المثيرات التى كانت محايدة فى وقت سابق.

وكمثال لاستخدام هذا الاملوب فى العلاج النفسى، فان الشخص المدمن على تعاطى الخمر اذا تعرض لمثير مؤلم يولد استجابة الخوف (مثل تعاطى بعض الأدوية التى تسبب القئ) بينما يتعاطى الخمر، فانه بعد عدة

مرات من هذه الخبرة يصبح الخوف مشروطاً لتناول الخمر . بمعنى ان الخمر وهو مثير لم يكن يولد استجابة الخوف لدى هذا الشخص قد أصبحت الآن مثيراً (مشروطاً) يولد استجابة الخوف، وفيما بعد يصبح شكل وطعم ولون ورائحة الخمر مثيرة للتغيرات الفسيولوجية المرتبطة بالخوف مما قد يدفع هذا الشخص الى التوقف عن تعاطيها.

أما في نظرية الاشراف الاجرائي، فان التركيز يكون على نتائج الاستجابة بدلا من الأحداث (المثيرات) التي تمسق السلوك، وتبعاً لهذه النظرية فان كل السلوكيات السوية وغير السوية تبقى أو على الأقل تتأثر بشدة بالأحداث المدعمة، وبذلك فانه عندما ينتج عن استجابة ما حادث نو تدعيم ايجابي أو تجنب حادث ذي تدعيم سلبي فان احتمال حدوث هذه الاستجابة في المستقبل سيزداد. وعلى العكس من ذلك فانه عندما تولد استجابة ما حادثاً (مثيراً) منفراً أولاً يعقبها أى نتائج فان احتمال حدوث هذه الاستجابة في المستقبل سينخفض. وهذان النمطان يطلق عليهما العقاب (ظهور المثير المنفر) والانطفاء (عدم حدوث شئ) على التوالي وقد استخدم هذان الأسلوبان في الممارسة العلاجية الكلينيكية.

وكمثال لهذا النوع من الاشراف في العلاج السلوكي فان بعض الاطفال وبصفة خاصة المتخلفين عقلياً تكون لديهم عادة سيئة كضرب رموسهم في الحائط مما يترتب عليه نتائج ضارة لهم. ومثل هؤلاء الاطفال اذا اعقبنا كل ضربة للرأس لهم بنتيجة مؤلمة (مثلاً صدمة كهربائية خفيفة) فانه بعد عدد كاف من هذه الخبرات المؤلمة (الصددمات) نجد أن هذه العادة السيئة قد تناقصت.

وفي الواقع العملي فانه في الممارسات الكلينيكية قد يستخدم اسلوب كلاسيكي مع اسلوب لجرائي. كذلك فان بعض الاساليب العلاجية يمكن

تفسيرها على ضوء كلتا النظريتين. وسوف نتناول فيما يلي استخدام كلتا النظريتين في العلاج التفتيري.

أولاً: أساليب الاشراف الكلاسيكي:

والفكرة الاساسية في هذه الاساليب كما سبق أن ذكرنا هو المزاجية بين مثير يولد الالم أو الخوف أو الضيق أو القئ أو تقلص العضلات مع مثير محايد نود اكسابه هذه الصفات.

ومن اشتهر استخدامات الاشراف الكلاسيكي التفتيري تلك الطريقة التي اقترحها فوجتلين (١٩٥٠) Voegtlin لتقليل سلوك تعاطي الخمر. وفي هذه الطريقة يعطى المرضى مادة الإمييتين Emtine أو الأيومورفين Apomorphine (مثيرات غير مشروطة) حيث تحدث هذه المواد حالة من القئ والغص الشديد خلال نصف ساعة، وقبل ان يحدث القئ بفترة قصيرة يطلب من المرضى ان يتناولوا المشروب الكحولى (الخمر) الذى اعتادوا تناوله ويتكرر هذا الأسلوب لعدة عشرة أيام وقد ذكر الباحث أنه امكن شفاء ٥٠٪ من حالات تعاطي الخمر باستخدام هذه الطريقة واستمروا على عدم التعاطي حتى عند متابعتهم بعد عامين من العلاج.

وما يحدث في مثل هذه الطريقة للعلاج هو أن المشروب الكحولى قد أصبح مثيرا مشروطا يولد استجابة القئ وبذلك ينطفئ سلوك التعاطي.

ثانياً: أساليب الاشراف الاجرائي:

والفكرة وراء استخدام هذه الأساليب هو أن السلوك الذى ينتج عنه (يعقبه) نتائج غير سارة سيتناقص، وفيما يلي بعض اساليب العلاج التى تقوم على هذه القاعدة.

١- الحرمان من التدعيم الإيجابي لبعض الوقت

Time-out of positive Reinforcement

تفترض هذه الطريقة أن نقصان تكرار الاستجابة يمكن أن يحدث نتيجة منعنا الفرد من الحصول على التدعيم الإيجابي بعد اتيانه سلوكا معيناً مثلاً ان نحرم الطفل من اللعب مع أترابه لفترة قصيرة اذا بدأ منه عدوان عليهم. وبذلك نحرمه من التدعيم الإيجابي الذي يحصل عليه من اللعب مع زملائه. وهناك اسلوبان للحرمان بعض الوقت من التدعيم الإيجابي.

الأول: يعتمد على حرمان الفرد من المدعم.

الثاني: وفيه يستبعد الفرد من موقف التدعيم.

وفي معظم الأحيان فإن الاختيار يتم على أساس الاعتبارات العملية، ففي الطريقة الاولى وهي حرمان الفرد من المدعم فإن التغييرات تركز على استبعاد التدعيم مع قليل من التغيير في وضع الفرد، ومثال ذلك ان نقفل جهاز التلفزيون كنتيجة لاختلاف الاطفال على أى البرامج (القنوات) يشاهدون، وهذا يخفى التدعيم بعض الوقت. وفي الطريقة الثانية فإن للتغيرات الهامة تشتمل على استبعاد الفرد نفسه من المدعمات المتاحة فمثلاً عندما يحرم المدرس الطالب العدوانى من الاثار الإيجابية لوجوده فى حجرة الدراسة بحرمانه من جانب من الحصاة أو عندما يستبعد الطالب الذى أخل بالنظام من الاشتراك فى عروض حفل المدرسة.

ويمكن استخدام طريقة الحرمان بعض الوقت من التدعيم بنجاح مع اشخاص من أعمار مختلفة وخصائص شخصية ومشكلات متنوعة ويتوقف نجاح هذه الطريقة على:

١- التعرف على المدعم الايجابي.

٢- التأكد ان استبعاد التدعيم يحدث عقب السلوك المستهدف مباشرة.

ولهذا ينبغي على من يستخدم هذه الطريقة من المعالجين أو المدرسين أن يتأكدوا من وجود علاقة تدعيمية بين المدعم (الذي يستبعد) وبين السلوك. فالمدرس الذي يستبعد طفلاً عدوانياً من نشاط صفى غير محبب له فإنه لن يحصل على النتيجة المرغوبة، بل ربما يحصل على عكسها إذ يعتبر استبعاد الطفل في هذه الحالة مدعماً للسلوك العدوانى الذى يجعله يستريح من هذا النشاط.

٢- ثمن الخطأ (تكلفة الاستجابة) Cost Response

يقصد بثمن الخطأ ذلك الجزاء أو الغرامة التى توقع نتيجة سلوك معين يقوم به الفرد. ومن أشهر الغرامات مايقع على قائدى السيارات عند تجاوزهم للسرعة المحددة.

وقد أدخل أسلوب ثمن الخطأ ضمن أسلوب اقتصاديات البونات (الفيش) token economy فبعد أن كان المعالج يترقب السلوك المناسب فيكافئه بمنح بونات. أصبح الآن يراقب أيضاً السلوك غير المناسب فيسحب بونات من العميل، أى أصبح هذا الأسلوب يعتمد على منح وخصم بونات من العميل حسب نوع السلوك مرغوب أم غير مرغوب.

وترجع التجارب الأولى فى أسلوب ثمن الخطأ الى ابحاث وينر (Weiner ١٩٦٢) الذى برهن على أن ثمن الاستجابة يقوم بعمل الاجراء العقابى، كما يعتبر بوركارد (Burchard ١٩٦٧) من أوائل الباحثين الذين أدخلوا اساليب ثمن الخطأ فى اقتصاديات البونات. فقد استخدم بوركارد اقتصاديات البونات فى وحدة تدرييب مكثف تشتمل على اثنى عشر طفلاً ممن

لديهم تخلف عقلى بسيط ولهم تاريخ طويل من السلوك المضاد للمجتمع مثل السرقة والافتحام والعنوان. وقد اشتمل برنامج علاجهم على منحهم بونات يمكن أن يحصلوا فى مقابلها على الحوى والالعاب الترويحية والرحلات وتمنح هذه البونات لهم عن ادائهم الواجبات والتعاون مع الزملاء والاهتمام بملايسهم. كما انهم يخسرون بونات اذا ما قاموا بالسلوكيات غير المرغوبة مثل الشجار أو الكذب أو الغش وبالإضافة الى فقد بونات فإنيهم كانوا يبعدون من الحجرة (الحرمان بعض الوقت من التدعيم) اذا ما قاموا بأعمال عنيفة.

ونود ان نشير فى هذا الصدد الى أن التشريع الاسلامى يقرر مبدأ الأثام. كما يقرر بالنسبة للحدود ان يشهد العقوبة (إقامة الحد) طائفة من المؤمنين، وهذا الاجراء من شأنه أن يساعد على تقليل احتمال الآخرين بارتكاب نفس الاثم أو المعصية وهو ما يعرف فى لغة التعلم باسم التعلم بالإثابة أو التعلم للتعويضى Vicarious Learning على أنه يجدر بنا أن نشير الى أن الشريعة الاسلامية جعلت العقاب نهاية الاساليب العلاجية والتي تبدأ عادة بالنصح والموعظة والعلم كما وصفت شروطا كثيرة لاقامة الحدود بما يضمن عدالة العقاب وحماية المجتمع وتقليل فرصة قيام آخرين بنفس الجرم وعلى الرغم من الجدل الطويل حول فاعلية الاساليب العقابية خاصة ما اثارة سكتنر حول عدم بقاء اثر العقاب لفترة طويلة فان البحوث الكثيرة اثبتت ان اسلوب العقاب هو أحد الأساليب الفعالة فى تقليل السلوك غير المرغوب وأن الآباء والمدرسين والمديرين والمجتمع يستخدمونه استخداما فعالا. وقد أوضحت دراسة قام بها سيرز ومكوير وليفين (١٩٥٧) أن ٩٩٪ من الآباء لعينة من ٣٧٩ طفلا فى مرحلة رياض الاطفال كانوا يضربون اطفالهم. وقد انتهى كل من سولمون (١٩٦٤) Solmon وأوليرى (١٩٧٦)

O'Leary الى أن العقاب وسيلة فعالة فى تعديل السلوك الانسانى اذا ما استخدم فى اطار صحيح.

العوامل التى تساعد على فاعلية العقاب:

كما رأينا فان العقاب يقصد به عملية يظهر فيه مثير منفرد (غير مرغوب) اذا ظهرت استجابة معينة وفى ارتباط زمنى معها (فى العلاج تكون الاستجابة غير مناسبة أو غير مقبولة). وبالنسبة للانسان فان المثيرات المنفرة هى تلك المثيرات التى يتجنبها الناس عادة والتى تشتمل على مجموعة كبيرة من الأذى مثل الضرب والتوبيخ، والرفض، والعزل الاجتماعى، والفرامات المالية، وسحب المميزات، وعدم الاهتمام أو حتى ما يعرف بالعلاج الصامت (مثل النظرة الشديدة وبدون تعليق). وهناك عوامل تؤثر على فاعلية العقاب منها التوقيت، والشدة، والاتساق، ومنطق العقاب، ونوع الاستجابة التى نعاقب عليها.

١- التوقيت: Timing

هل من المناسب أن نعاقب الطفل عندما يبدأ فى الشجار مع زميله ام ننتظر حتى ينتهى من الشجار؟

نقد بينت الدراسات التى قام بها والترز وبارك وكين (١٩٦٥) وكذلك غيرهم من الباحثين أن العقاب فى وقت مبكر من سلسلة السلوك (الذى نعاقب عليه) يكون أكثر فاعلية عما لو كان العقاب فى وقت متأخر من هذه السلسلة أى انه من الأفضل أن يظهر العقاب فى بداية الشجار حين يكون السلوك لازال برعما. وإذا كنا نعاقب على سلوك ما فانه كلما مر وقت أطول بين السلوك وبين العقاب كلما قل تأثير العقاب وفى الواقع العملى فقد يحدث أن يؤجل العقاب. فالشرطة والوالدان وغيرهم قد لا يوقعون عقوبة مباشرة فمثلا قد تنتظر الأم لحين حضور الاب لعقاب الابن المخطئ أو أن تنتظر

الشرطة حكم القضاء. لكن لحسن الحظ فإن بعض الجوانب الرمزية فى هذه المواقف تساعد على زيادة فاعلية العقاب المؤجل كمعرفة الابن ان الام ستبلغ والده أو معرفة المذنب أنه سيحول الى المحكمة ثم يأخذ للعقاب المناسب وكذلك فإنه عندما يحضر الاب وعندما يمثل المذنب أمام المحكمة فإنه عادة يسرد عليه ما فعله ثم يوقع عليه العقاب وهذا يزيد من فاعلية العقاب.

٢. شدة العقاب: Intensity

كما هو متوقع فإنه كلما ازدادت شدة العقاب كلما ازداد قمع السلوك المعاقب عليه غير أنه يجب أن نلاحظ أن هذه القاعدة لاتعمل على طول الخط فى العلاج السلوكى فيجب أن نلاحظ أن القائم بالعقاب يمكن أن يفقد أى خصائص مدعمه يمكن ان يقدمها فى مواقف أخرى اذا كان العقاب شديداً وكذلك فإنه يحدث تجنب للشخص القائم بالعقاب.

٣. الاتساق Consistency

ينبغى أن يكون العقاب متسقاً بمعنى انه اذا كانت هناك استجابة غير مناسبة نعاقب عليها فيجب أن يعاقب الشخص الذى يأتى بهذه الاستجابة فى كل مرة يأتى بها. وقد أوضحت الدراسات الخاصة بالتفاعلات بين الآباء والأبناء أن وجود عقاب وتراخى يرتبط مع أعلى معدلات للجريمة فى أنواع السلوك الذى درسه أى أكثر من الحالات التى كان السلوك يعاقب فيها أو كان السلوك لايعاقب (ماكورد، مأكورد، زولا ١٩٥٩) ولهذا فإنه من الأفضل أن يكون نمط معاملة الوالدين فى العقاب متسق.

٤. المنطق والعقاب: (معرفة سبب المنع من سلوك ما)

إذا أعطينا للطفل تعليلاً لقيامه أو عدم قيامه بسلوك معين (القبول أو عدم قبول سلوك ما) فإنه قد يتبع نصائحنا فى عدم القيام بالسلوك غير

المناسب. وفي إحدى التجارب ذكر الباحث السبب التالي للأطفال لكي لا يلعبوا بلعبة جذابة أثناء عدم وجود الباحث "من غير المناسب اللعب بهذه اللعبة عندما لا اكون موجودا معكم لانها تخص شخصا آخر" وقد كان لعب الأطفال الذين اعطوا هذا التعليل باللعبة اقل كثيرا عن مجموعة أخرى من الأطفال لم يعلل لهم الباحث سبب عدم لعبهم، ويرى توكسر (Tucker 1976) انه اذا صُحِب العقاب بالتعليل تكون النتيجة أفضل اى انه عندما نعلل للأطفال لماذا ينبغي السلوك فانهم يتعلمون لماذا يعملون أولا يعملون الاشياء (مثلا لماذا ينبغي ألا تقترب من الكهرباء أو لماذا ينبغي ألا يأكلوا الحلوى بكثرة) وبذلك فان النصيح يبدو أنه أكثر انسانية وتعلّما من مجرد العقاب.

الفصل العاشر

الضبط الذاتي (ضبط النفس)

Self - Control

عندما نسمع مصطلح "ضبط النفس" فإنه يترك لدينا انطباعاً بأن هناك نوعاً من تقييد الذات، وحين يطلب منا أن نصف الأفراد الذين نقول عنهم إن لديهم ضبط للنفس يأتي إلى أذهاننا أولئك الأشخاص الذين يجلسون الأشباع الفوري لحاجتهم في سبيل تحقيق أهداف بعيدة المدى. فالطلاب الذين ينشغلون بالدراسة في الوقت الذي يهتم فيه آخرون بحضور حفل أو يكون آخرون غارقين في النوم إنما هم ممارسين في الواقع ضبطاً للنفس وكذلك فإن الشخص الذي يضبط نفسه عند الغضب فلا يتصرف بحماقة نقول إنه قد مارس تقييداً أو ضبطاً للنفس. وهذه الامثلة التي أوردناها تتمشى مع المعنى الذي ينطوى عليه مصطلح ضبط النفس Self Control وهو معنى يتضمن الكبح والتقييد الذي يمارسه الفرد على نفسه وكلما زاد نضال الفرد أوجهاده مع نفسه في سبيل ضبطها كلما انطبق عليه تعبير ضبط النفس بشكل أكبر..

وضبط النفس لا يمثل في الواقع مفهوماً جديداً في تعديل السلوك. فقد عرفه علماء المسلمين وتحدثوا عنه بتفصيل كبير تحت مسميات كثيرة منها ضبط النفس، كظم الغيظ، وقوة الإرادة، قوة الخلق، مجاهدة النفس..^(١)

وقد انتهى ويلسون، أوليري (١٩٨٠) Wilson & O'leary إلى التعريف التالي لضبط النفس:

"إن ضبط النفس عبارة عن أسلوب لتغيير السلوك يبدأه الفرد عادة بنفسه بغرض التأثير على سلوكه الشخصي".

ويتصور أن السلوك يتأثر بخليط من المتغيرات الداخلية والخارجية يمكن أن ننظر للسلوك على أنه قد يكون محكوماً بشكل تام من الخارج (مثل

^(١) انظر في هذا الخصوص مؤلفات الإمام أبي حامد الغزالي ومؤلفات الإمام ابن قيم الجوزية.

إغماض العين عند تعرضها لضوء شديد) أو انه قد يكون محكوما بشكل كبير من الداخل (مثلا مايقوله الفرد لنفسه ليقوم بسلوك معين). وإذا كان بوسع الفرد أن يقوم ببعض الإجراءات لتعديل سلوكه دون الاعتماد على ارشادات (تلقين) أو معززات من خارجه فان مثل هذه الإجراءات تعرف بأسلوب ضبط الذات.

الأساس النظرى:

يرى كانفر (1980) Kanfer أن الاساس النظرى لضبط النفس يقوم على المنطق الأتى:

١ - أن كثير من السلوكيات لا يكون من السهل تعديلها من جانب اشخاص غير المسترشد (المريض) نفسه. مثلا الغضب والعنوان، وبعض هذه السلوكيات تؤدى الى شعور المريض بعدم الارتياح رغم أن بعضها لا يلاحظه الآخرون، وقد تتطلب الملاحظة المستمرة وتنظيم الظروف الخاصة بتغير السلوك الى الإيداع الطويل المدى وهو أمر غير اقتصادى يحتاج الى نفقات باهظة وبهذا فان اشتراك المسترشد فى عملية التغيير أمر هام

٢- ان المواقف الخاصة بالمشكلات ترتبط عادة بشكل وثيق مع ردود الفعل الذاتية ومع بعض الأنشطة المعرفية مثل للتفكير، أو التخيلات، أو التخطيط. وهذه السلوكيات لا تتاح أساسا للملاحظة المباشرة. فإذا كان لدى الفرد مخزونا سلوكيا للتصرف على أساس من أفكاره فإن تغيير الاستجابات المعرفية يصبح الواجب الأول فى عملية المساعدة. ولكى نراقب ونغير هذه السلوكيات فإن المعالج يجب أن ينقل المسؤولية الأساسية للمسترشد.

٣- إن تغيير السلوك أمر صعب وغالبا ما يكون غير سار، وكثير من المسترشدین يبحثون عن المساعدة ولكنهم في الغالب لا يملكون الدافعية لتغيير السلوك بقدر ما يكون دافعهم هو التخفيف من التهديدات أو المضايقات الحالية دون تعديل نمط حياتهم. ولهذا فقد يكون الهدف الأول في برامج ضبط للنفس مساعدة المسترشد على تكوين دافعية للعلاج وتعديل السلوك.

٤- إن الفائدة من برامج تعديل السلوك لا تكمن فقط في ازالة أعراض المشكلة وانما يجب أن يتعلم المسترشد في العلاج مجموعة من المهارات التي يمكن تعميمها مثل استجابات المواجهة Coping وتقدير المواقف ونتائج السلوك، وتنمية قواعد للسلوك تناسب مواقف المشكلات والتي تساعد المسترشد على التعامل مع المشكلات في المستقبل بشكل أفضل مما اعتاد أن يتعامل به معها في الماضي.

ولكى نفهم الاطار العام الذى اشتقت منه اساليب ضبط الذات من المفيد أن ننظر في بعض العمليات النفسية التي تحدث في تنظيم الذات. فنجد ان نظرية التعلم الاجتماعى تفترض أن كثيرا من سلوكيات الحياة اليومية تتكون من سلاسل من الاستجابات التي تم بناؤها بحيث يتم التلميح للاستجابة بمجرد حدوث الاستجابة السابقة عليها مباشرة. وعلى سبيل المثال فإن الطباعة على الآلة الكاتبة، قيادة السيارة، حلاقة الذقن، واعداد طعام الاقطار وغيرها من الانشطة لا تتألف من أفعال منفصلة عن بعضها تتطلب قرارات متصلة نتيجة مقارنة بين استجابات بديلة على أساس من حكم الفرد على ملاءمة كل جزء منها. ومع ذلك، فإنه عندما تنقطع هذه الانشطة الهائلة أو نخفق في أحداث الآثار التي اعتاد عليها الفرد فإن النشاط سوف يتوقف وحينئذ تبدأ عملية

التنظيم الذاتى Self Regulation والذي تأسس على ما أجرى من تجارب عملية وعلى بعض الكتابات النظرية يمكن وصفها على انها سلسلة أو تتابع يمكن تحديد ثلاث مراحل متميزة داخله. (كانفر ١٩٧٠، ١٩٧١)

ولكى نوضح ذلك نتصور أن شخصا ما يقود سيارته الى مقر عمله. وعندما ينحرف فى ركن بالشارع يجد نفسه فى شارع غير مألوف بالنسبة له وعندها يحدث تشوش فى السلوك أو تقطع فى السلوك وهنا يجب أن يوجه السائق انتباهاً أكبر وأدق الى مايفعله، وقد يسأل نفسه كيف حدث أن دخل الى هذا الشارع. وهذه هى المرحلة الأولى وتسمى مرحلة المراقبة الذاتية Self-monitoring أو الملاحظة الذاتية slef-observation وتوصف بأنها الحضور الواعى والدقيق للسلوك الذاتى للشخص. فبناء على الخبرة السابقة فى قيادة السيارة الى مقر العمل فان الشخص يكون قد بنى (كون) توقعات عما سوف يحدث عندما يدخل فى شوارع معينة وينحرف الى شارع معين ويمكن ان نسمى ذلك محكات أو معايير الاداء Performance criteria or standard وهى عبارة عن توقعات لما يحدث عندما ينفذ سلوكا معروفا (محفوظاً)

أما الخطوة الثانية فتكون من مقارنة بين المعلومات المتحصل عليها من المراقبة الذاتية ومعايير السلوك المحدد ويمكن أن نسمى هذه المرحلة بمرحلة التقويم الذاتى Self-evaluation، وهى استجابة تمييزية، ومضاهاة أو مقابلة ما يفعله الشخص وبين ماكان ينبغي عليه عمله وإذا كان هناك تقارب كبير بين معايير الاداء وبين المعلومات المتحصل عليها من التغذية الراجعة فانه ينتج عن ذلك الرضا عن السلوك الذاتى بينما إذا وجدت فروق كبيرة قد ينشأ عن ذلك عدم رضا عن الذات وعلى سبيل المثال فقد يكتشف قائد

السيارة فى المثال السابق أن الاستدارة التى قام بها فى مكان مألوف ولكنه كان سريعاً فى اتجاهه إليها.

أما المرحلة الثالثة من عملية تنظيم الذات فهى مرحلة دافعية فهى تتألف من إدارة رابطة تعزيز (تدعيم) ذاتى Self-reinforcement يرتبط بدرجة تباعد السلوك عن معايير الأداء، والتدعيم الموجب للذات ينتج عنه الاستمرار فى السلسلة المنقطعة للسلوك. فمثلاً قد يلاحظ قائد السيارة أنه ليس حقيقة فى شارع غريب وإنما الذى حدث أن لاقته خاصة بمحل معين قد أزيلت أو استبدلت وقد يصبح حينئذ سعيداً بأنه يسير فى الطريق الصحيح. ومع ذلك فإنه إذا كانت توقعاته (المعايير) غير مستوفاة فإنه قد يبدأ فى سلسلة من السلوكيات تهدف إلى تصحيح الخطأ، وفى كل مرة تجرب فيها استجابة جديدة فإن العملية نفسها تتكرر حتى يمكن مقابلة المعيار بالتقريب أو يتوقف (يقطع) الشخص عن السلوك كله.

ومن هذا يتضح أن نموذج التنظيم الذاتى يقترح أن الأشخاص يميلون إلى اليقظة عندما يترتب على سلوكهم نتائج غير متوقعة أو عندما يكون هناك حاجة إلى اتخاذ قرار عن كيفية الاستمرار. ومثل هذه التقطعات تكثر عند تعلم سلوك جديد أو نشاط جديد حيث يجد الفرد نفسه فى موقف غريب أو عندما تتغير النتائج للبيئة (ردود الفعل البيئية) ونقل الكفاءة السلوكية العامة بالدرجة التى تنفذ بها أو من العمليات النفسية الثلاث التى ذكرناها بعدم كفاءة. فمثلاً لو أن السائق فى المثال المذكور قد أصبح تأثها بسبب تأخره عن العمل فقد يخفق فى ملاحظة ذاته، وربما يخفق فى أن يلاحظ أين هو وكيف وصل إلى هذا المكان ويحاول أن يصلح مساره بالانحراف عند تقاطع الشارع التالى بدون اكتشاف كبير. وإذا لم يكن قد سار فى هذا الطريق مرات كثيرة من قبل فقد تصبح معايير أدائه مشوشة أى أنه قد لا يذكر أين ينبغى أن

يكون بعد أن ينحرف، وإذا كان هذا الشخص قد اعتاد أن ينتقد نفسه لأقل خطأ فإن ميله لنقد الذات (عقاب الذات) قد يقوده الى أن يصبح متوتراً أو غاضباً وتشمل معظم برامج ضبط النفس على اعداد المعايير -standard setting، ومراقبة الذات self monitoring، التقويم الذاتى self-evaluation، تدعيم الذات self-reinforcement وسوف نتناول كل واحدة منها بالتفصيل فيما بعد مع تذكر أن أى برنامج فردى يركز على أى من هذه المكونات تبعاً لما لدى الفرد من مهارات وتمثيلاً مع مشكلته الخاصة. ويوضح شكل ص (١٨٥) تخطيطاً لهذا النموذج عن كانفر (١٩٨٠) Kanfer.

وتجدر الإشارة هنا الى أن بعض العملاء الذين ينقصهم ضبط النفس يحضرون للعلاج طواعية فى اطار رغبتهم فى للتخلص من بعض العادات مثل التسرع بالعدوان أو سرقة المحلات اثناء تسوقهم فيها أو تعاطى المخدرات فهؤلاء الأفراد يجدون نتائج بيئية مريحة لهم أو يشعرون معها بنوع من الاشباع والرضا الفورى يجعلهم يعودون اليها فى حين أن النتائج الاجتماعية السيئة لاتحدث الا متأخراً مثل القبض عليهم أو نظرة الاحتقار من جانب المجتمع. وقد يكون من أول ما يحاوله المعالج فى هذه الحالات زيادة حدة الصراع بين الآثار الطيبة (من وجهة نظر العميل) والآثار السيئة (التي يلقاها من المجتمع) وذلك لدفع العميل الى الاسراع بالتغيير لسلوكه. ويتم ذلك من خلال مناقشة الآثار المنفرة وعوامل التشجيع الذاتى، والمواجهة الدافعية والتقويم الذاتى وهذه كلها تساعد على أن يكرس العميل جهده ويلتزم التزاماً كاملاً بعملية التغيير.

ويرى كانفر (١٩٨٠) أن احتمال أن يبدأ شخص ما برنامجاً لضبط الذاتى (ضبط النفس) يتأثر بالبيئة التي يعيش فيها وعلى سبيل المثال فإن قرار أن يبدأ شخص ما برنامجاً لضبط الوزن يمكن أن يتأثر بحد بعيد بالعوامل الأتية:

(١) معلومات من طبيبة بأن الوزن الذائد يؤثر على الصحة. (على صحة الشخص)

(٢) الآثار التي تنتج عن زيادة تناول الطعام في أيام الأجازات.

(٣) الملابس أصبحت ضيقة.

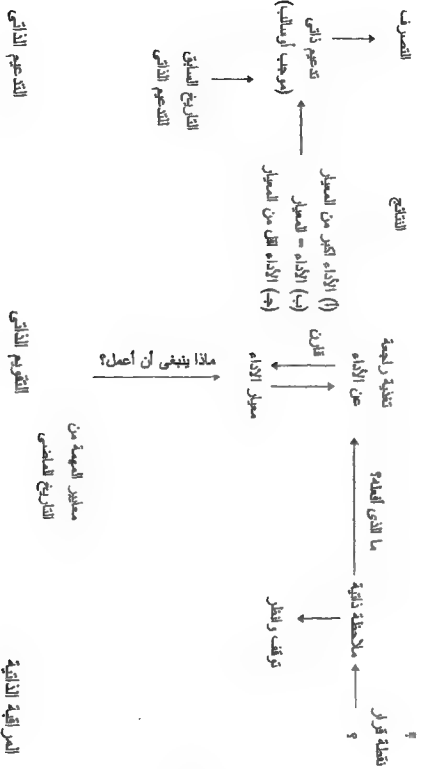
(٤) قرار يتخذه أحد أصدقائه بأن ينظم تناوله للطعام.

ويمكن أن ننظر الى ضبط النفس على أساس من طول الفترة التي تتطلبها هذه العملية فيقسم تبعاً لذلك الى نوعين

ففي النوع الأول: وهو ضبط النفس المتصل باتخاذ القرار نجد أن الشخص يواجه باختيار بين الهروب من موقف مضايق له وبين الاقدام على هذا الموقف والذي له نتائج أفضل في المدى البعيد ويختار الفرد أن يترك الهروب ويقم على الموقف وفي هذه الحالة فإن اتخاذ القرار ينهي التابع السلوكي. ومن الامثلة على ذلك أن يعتذر الطالب عن حفل لكي يستذكر دروسه، الاقدام على عمل اضافي لتحسين الدخل، الامتناع عن اكل الحلوى بعد وجبات الطعام، السفر بالطائرة رغم أنه يخاف ركوب الطائرات. وبمجرد أن يتخذ القرار فإنه لا يمكنه تغييره وبذلك ينتهي عنصر الصراع الذي يعتبر بالتعويض جزءاً من ضبط النفس ويستبعد كمحدد لمزيد من السلوك. وكلما قصر الوقت الذي يتخذ فيه القرار كلما قل تأثير المتغيرات التي تحد من جاذبية الإثابة المتاحة.

وفي النوع الثاني. تكون مقاومة للتردد أو تحمل الالم لفترة طويلة يمكن خلالها اعادة تقويم الاستجابات المتصارعة بصفة مستمرة.

Protracted self control situations



فمثلا التركيز على استذكار الدرس فى الوقت الذى تتبعث فيه الضوضاء من عند أحد الجيران ومحاولة ضبط العدوان ازاء طالب مشاكس فى الفصل، أو الاستمرار فى المسباق أوللتدريب البدنى الشاق رغم زيادة التعب تمثل حالات من ضبط النفس المستمر لفترة ممتدة. حيث يجب أن تنفذ الاستجابة المطلوبة (المرغوبة) رغم وجود الترددات الوقتية فى التفكير وفى الحالات الانفعالية أو البدنية والتي من شأنها أن تزيد من الإغراء على قطع الموقف فى أى لحظة. وعملية ضبط النفس الممتد يتطلب سلسلة مستمرة من القرارات للمحافظة على ملوك غير مفضل اساسا لصالح تتابع سلوكى بعيد المدى ويتضح من المفارقة بين الموقفين أن هناك متغيرات وبرامج مختلفة تكون مناسبة لكل منهما. فمثلا نجد أن هناك برامج ضرورية لنفع الشخص لاتخاذ قرار بتجنب المخدرات أو رفض دعوة إلى حفل يقيمها اصداؤه تختلف عن تدريبه على الجلوس فى حفل والامتناع عن تعاطى المخدر. على أن البرنامج الشامل يجب أن يتضمن اساليب للتدريب على كلا النوعين من المواقف ومع ذلك ففى بداية البرنامج يساعد للمعالج الشخص على أن يتمرس على ضبط الذات الخاص بالقرارات وأن يتجنب التعرض الطويل للاغراء. وعلى سبيل المثال عندما تساعد شخصا على الانسحاب من استخدام المخدر نبذل جهدا اكبر فى تدريب هذا الشخص على اتخاذ قرارات لتجنب المواقف الاجتماعية والبدنية والنفسية التى ترتبط بتعاطى المخدر أكثر مما نعهده على تحمل مشاهدة المخدر وموقف تعاطيه بدون أن يشترك فيه من جديد.

وفى الواقع العملى فإن المشاهد أن العقبة الاساسية فى البداية هى التغلب على جوانب الجذب الخاصة بالسلوك المشكل. فمثلا بالنسبة لمعتاد

المخدرات فقد يجد موقفاً مناسباً ليذهب إليه لتعاطي المخدر مثل حفل خاص يقيمه اصداؤه. وعناصر الجذب هنا أنه لم يسبق لم أن يقبض عليه، إنه يشعر بالارتياح من سلوكه (المنحرف) رغم أنه قد تتأبه بعض جوانب القلق من أن يقبض عليه وإن يدخل السجن ويفقد وظيفته لكنها نتائج بعيدة وغير مؤكدة لديه. عند هذه النقطة فإن التكريب على التنظيم الذاتى أو الضبط الذاتى قد يغير الميزان فيجد العميل نفسه فى موقف صراع فيتوقف مؤقتاً مقارنة بين الامتناع وبين الاستسلام للموقف. فإذا كان لايميل إلى تصرفات تتعدى المعيار الذى وضعه مسبقاً فمن المحتمل أن ينتج عن ذلك عملية فقد ذاتى أوقلق أو أى نتيجة منفرة. وكنتيجة لذلك يصبح من المحتمل أن يهرب من موقف الاغراء عن أن يستسلم له. وعلى سبيل المثال فقد يشغل نفسه ببعض الاعمال المحببة له أو يطلب صديقاً فى التليفون ويتحدث اليه.

ومأئود توضيحه فى هذه المناقشة هو أن التكريب على ضبط النفس يتطلب مساندة مبكرة قوية من المعالج مع تشجيع العميل على الاعتماد بالتدريج على مهاراته التى يكونها والتي تشتمل على مهارات فى:

(١) المراقبة الذاتية (مراقبة الذات).

(٢) تكوين قواعد محددة للخلق عن طريق التعاقد مع الذات
أومع آخرين.

(٣) البحث عن المساعدة من البيئة

(٤) التقديم الذاتى.

(٥) توليد نتائج مدعمة قوية للاشتراك فى السلوكيات التى تحقق
اهداف ضبط الذات.

ويشتمل مفهوم ضبط النفس على أنه يمكن تعليم الفرد أن يعيد تنظيم الارتباطات الفعالة التي تؤثر على السلوك بطريقة تجعله يعايش فوائده بعيدة المدى على الرغم من أنه قد يكون عليه أن يقلع عن بعض الاشباكات أو يتحمل بعض المتاعب في البداية. وتقتصر هذه الطريقة ان ضبط النفس هو مفهوم متحرك، فإذا استمتع الفرد تماماً بنشاط رغم وجود نتائج سيئة بعيدة المدى فإنه لا ينشأ صراع وبالتالي لا تطبق مسألة ضبط النفس. وعلى سبيل المثال فإن الشخص الذي يدخن بشراهة قبل معرفته بالآثار السيئة لهذا السلوك أو الذي يعرف تماماً ماهي الاخطار الخاصة بالتدخين ولكنه لا يرغب في التضحية بمتعته المباشرة في سبيل حياة أطول فإن مثل هذا الفرد لا يخطر في السلوكيات التي تقع في اطار تحليل ضبط النفس وهو لم يخفق في ممارسة ضبط النفس...

وبمعنى آخر فإننا نتحدث عن ضبط النفس فقط عندما يبدأ الشخص بعض السلوك الذي يحاول بنجاح أو عذمه أن يغير احتمال التصرف المشكل.

ويكون برنامج التغيير نفسه موقف ضبط نفس عندما يكون أحد العملاء في موقف صراع بين قبول المعاونة المتخصصة (من معالج أو مرشد) وحل مشكلته الخاصة أو عندما يهدد برنامج للعلاج بإنهاء الجوانب السارة في سلوك المشكل. وفي مثل هذه الحالات فإننا ينبغي مساعدة الأفراد أن يطوروا أساليب ضبط النفس ليحافظوا على برنامج التغيير.

أساليب الضبط الذاتي (ضبط النفس) :

تشتمل الأساليب العلاجية التي يضعها المعالجون تحت الضبط الذاتي على الأساليب الآتية:

- ضبط المثير

- اختيار المعايير الذاتية

- التعليمات الذاتية (الحديث إلى النفس).

- التسجيل الذاتي

- التحكم فى النتائج

١- ضبط المثير : Stimulus Control

يقصد بضبط المثير إعادة ترتيب (تنظيم) البيئة من جانب الفرد لى يحدث أو يقلل بعضاً من سلوكياته. وقد استخدم هذا الأسلوب بشكل واسع فى البرامج التى تساعد العملاء فى التقليل من الأكل أو التدخين. وكما هو معلوم لدى المدخنين فإن سلوك التدخين يمكن أن يشار لرؤية طفافية السجائر أو الجلوس فى كرسي ارتبط بالتدخين. وكذلك فإن شراء أطعمة معينة وتناولها يمكن أن يتأثر بالأحداث البيئية مثل أطباق الطعام الشهية.

وقد أجرى ستوارت (1967) Stuart دراسة اشتملت على برنامج لتخفيض الوزن تركز بجانب متغيرات أخرى على إعادة ترتيب المثيرات. وتتلخص أساليب ضبط المثير التى اتبعها فى الآتى:

١- إبعاد الطعام من كل الأماكن فى البيت فيما عدا المطبخ.

٢- محاولة حفظ الأطعمة التى تتطلب بعض الاعداد.

٣- جعل الطعام خبرة خالصة لارتبط بأنشطة أخرى مثل القراءة أو الاستماع للراديو أو التحدث فى الهاتف.

وقد اشترك في هذا البرنامج ثمان نساء من تقيلات الوزن وامكن أن يفقدوا ٣٨ رطلاً في المتوسط على مدى ١٢ شهراً من العلاج وتراوح انخفاض الوزن بين ٢٦، ٤٧ رطلاً كذلك فإن ضبط المثير استخدم بنجاح في برامج التغلب على الوزن وتكوين عادات حسنة ومقاومة الأرق. وفيما يلي النظام الذي أعده كوتس وثوريسون ١٩٧٧ Coates & Thoresen.

- ١- اذهب للرقاد في السرير عندما تشعر بدخول النوم عليك.
 - ٢- لاستخدم السرير في أى غرض آخر غير النوم (مثل الجلوس أو تناول الطعام أو الاستنكار)
 - ٣- إذا وجدت نفسك غير قادر على النوم قم واهب الى غرفة أخرى وابق فيها لأى وقت ترغب ثم عد إلى غرفة النوم.
 - ٤- إذا كنت لاتزال غير قادر على النوم كرر الخطوة رقم ٣.
 - ٥- استيقظ في نفس الموعد كل يوم.
 - ٦- لاتأخذ فترات نعلس في الظهيرة.
- هذه الخطة تعمل أساساً على الربط بين تنشيط استيقاظ الجسم للنوم في موعده عن طريق عدم تشجيع النوم في الأوقات الأخرى (خطوة ٥، ٦) مع إعداد السرير ليكون مثيراً للنوم.

٢ - الإختيار الذاتى للمعايير: Self-selection of standards

عندما نقرر أن نقوم ببعض المهام مثل التدرجات الرياضية أو الاستنكار فإننا نقوم في الغالب بأعداد هدف أو معيار لانفسنا. فمثلاً يقول الفرد لنفسه اننى سأجرى لمسافة ٢ كيلو أو انى سأقطع كيلو متر فى عشر دقائق أو انى سأقرأ عشرين صفحة أو سأكتب صفحتين. وقد اظهرت دراسات

عديدة ان اعداد غاية أو معيار ربما تكون قليلة القيمة. أوداث اثر انتقالي (باندورا وبيبرلوف ١٩٦٧، ساجوتسكى، باترسون وليير ١٩٧٨).

ويمكن باستخدام اسلوب مختلف شيئاً ما يشتمل على اعداد الهدف والتدعيم. وقد أوضحت دراسات مختلفة أن هذا الاسلوب الذى يعتمد على اعداد معايير للتدعيم سواء بواسطة المعالج أو بواسطة الفرد نفسه لها اثر طيبة على الأداء. وقد أوضحت الدراسات أيضاً انه اذا كانت معايير التدعيم قد حددها الفرد نفسه فان نتائجها تكون افضل من حيث انها لاتتطفئ بسرعة.

وقد أجرى باندورا وسيمون (١٩٧٧) Bandura & Simon دراسة لتقرير اثار كل من تحديد هدف، والمراقبة البسيطة لتناول الطعام ووجد الباحثان ان الأفراد الذين لديهم سمنة وقاموا ببساطة بمراقبة تناول الاكل لم ينقص وزنهم على مدى شهر وعلى العكس فان الافراد الذين راقبوا تناول الطعام وحددوا لانفسهم أهدافاً اسبوعية ويومية نقصت أوزانهم. ومن الضروري أن نلاحظ أنه عندما أخفق الافراد الذين نقص وزنهم فى اعداد الهدف حتى عندما استمروا فى تسجيل تناول الطعام قد ازداد تناولهم للطعام وأخفقوا فى انقاص وزنهم. وكذلك فان الافراد الذين ركزوا على اهداف بعيدة المدى أكثر من الاهداف المباشرة، نادراً ما يفقدون وزناً. وتتفق هذه النتيجة مع استخدام الاعداد المباشرة للهدف فى كثير من برامج الضبط الذاتى.

٣- التعليمات الذاتية: (حديث النفس) Self-Instructions

نحن نتحدث الى أنفسنا. وهذا الحديث يأخذ صوراً عدة وما نقصده بالتعليمات الذاتية هو ذلك النوع من حديث النفس الذى يأخذ صورة الحث والتوجيهات والطلب (مثلاً انا لن أسرق، لن استجيب لطلب هذا الصديق، ان على أن اجرب ذلك الطريق مرة أخرى وهكذا) وقد استخدم التكريب على

التعليمات الذاتية لتغيير الانواع الانفعالية من العدوانية والنشاط الزائد لدى الاطفال وكذلك الاداء العقلى لمرضى الفصام وعيوب الكتابة لدى الاطفال الصغار والغضب لدى الكبار (ميكنبوم ١٩٧٧ Meichenbum)

ومن الأمثلة الجيدة فى مجال التعليمات الذاتية ذلك البرنامج الذى اعدة ميكنبوم وجودمان (١٩٧١) لتعليم الاطفال المنفعين أن يعدلوا من سلوكهم غير اللفظى وقد اشتمل هذا البرنامج على:

(١) شخص راشد يقوم بنمجه واجب أو مهمة بينما يتحدث الى نفسه بصوت عالى.

(٢) يقوم الطفل بأداء نفس الواجب (المهمة أو السلوك) تحت توجيه النموذج.

(٣) يقوم الطفل بأداء الواجب بينما يعطى تعليمات لنفسه وذلك بصوت عال ثم فيما بعد ضمناً.

٤- التسجيل الذاتى والتكوين الذاتى Self-Recording and Self-Evaluation

يقصد بالتسجيل الذاتى عملية مراقبة السلوك الذى يتطلب احكاماً تقويمية بسيطة نسبياً. (مثلاً عدد الصفحات المقرؤة، عدد الكيلومترات التى جراها الشخص، عدد السجائر التى تم تدخينها) وعلى العكس من ذلك فإن التكوين الذاتى يشير الى اسلوب يتطلب وجود فرد يقوم بالحكم على سلوكه بطريقة شخصية أو ذاتية كأن نقول مثلاً قوم سلوكك على مقياس من ١-١٠، قوم مقالك على أساس من الابداع والتنظيم الذى يحتويه.

ويرى بندورا وسيمون (١٩٧٧) أن التسجيل الذاتى أو التكوين الذاتى وحدة لايتوقع أن يكون له تأثير ذا قيمة على السلوك مالم تدخل للمتعلقات الموجبة أو السلبية فى النشاط وبذلك فإن من المفترض أن النتيجة المترتبة على النشاط هى التى تحدث تغيير السلوك. وقد قام إيوارت (١٩٧٨) Ewart

بدراسة أعطى فيها تقديرات موجبة وسالبة ومحايدة عن الوعي بالنسبة للوقت لدى عينة من البحث. وقد حدد الباحث الوعي بالوقت time awaraess بعدد المرات التي ينظر فيها الفرد في الساعة لمعرفة الوقت. ويعتبر التعرف على الوقت سلوكاً سهلاً للملاحظة ذاتياً وقد تبين أنه قبل أن يعطى الباحث للتقديرات المذكورة فإن هذه العملية كانت تدرك بشكل محايد من جانب المفحوصين وبعد أن طلب الباحث من المفحوصين تسجيل عدد المرات التي بحثوا فيها عن الوقت ثم اصدار تقديراته (الموجبة، السالبة، المحايدة) فإن المفحوصين غيروا سلوك البحث عن الوقت تبعاً للتقديرات التي قدرها الباحث.

وقد بينت مجموعة من الدراسات أن الأفراد الذين سجلوا عدد السعرات الحرارية التي يحتوى عليها الطعام الذي يتناولونه وحددوا أهدافاً تقريبية قد فقدوا كمية ذات دلالة من أوزانهم وقد ذكرنا في صدر هذا الكتاب عند التحدث عن تقدير السلوك كيف أن بعض الانباء مثل أرفينج والأس كان يقوم بالتسجيل الذاتي لسلوكه وبعد لوحات يومية عن نشاطه. ويشير مصطلح التقييم الذاتي إلى الأحكام التي يصدرها الشخص عن سلوكه على أساس شخصي وكما ناقشنا فإن سلوكيات التقييم الذاتي قد تكون ذات تأثير في تغيير السلوكيات لأن التقييم يخدم في سلوكيات التسجيل الذاتي عندما يجد الفرد مثلاً تقديرات موجبة. فقد أوضحت بعض الدراسات أن اساليب التقييم الذاتي سواء أثارها الآخرون أو أثّرت ذاتياً من الفرد نفسه تكون فعالة عندما يكون الفرد راغباً فعلاً في تغيير السلوك المستهدف بالتقييم (مثلاً طريقة كلامه مع الآخرين أو الغضب..) ومما هو جدير بالذكر أن التقييم الذاتي يمثل مرحلة هامة من مراحل العلاج بالواقع إذ لو ساعدنا العميل على الحكم على سلوكه الذاتي فإنه لاشك باتّباع خطة العلاج التي بعدها مع المعالج أو المرشد يمكن أن يحقق تغييراً في سلوكه.

وقد انتهى كل من بولستاد وجونسون ١٩٧٢، ورايمان وزملاؤه ١٩٧٣ إلى أن التقويم الذاتى عندما يَقرَن مع تقديم المكافآت للسلوك الاكاديمى والاجتماعى قد اثبت فاعلية كبيرة. وعلى سبيل المثال عندما يتعلم الاطفال نوى المشكلات الانفعالية الشديدة أن يقوموا بسلوكهم فى الصف على مقياس من ١-١٠ درجات وأعطيت لهم تغذية راجعة وكوفئوا على التغذية المناسبة والسلوك فانهم استطاعوا المحافظة على التغيير فى السلوك الذى حققوه خلال برنامج علاجى اتبع فيه اسلوب فيشات التدعيم (البونات) ويستمر ذلك حتى بعد انتهاء برنامج العلاج.

٥- النتائج المنفذة ذاتيا (التدعيم والعقاب الذاتى)

بنفس الطريقة التى يستجيب بها آخرون بطرق تؤثر علينا فان بوسعنا أن نزود أنفسنا بنتائج يمكن أن تغير من سلوكنا الذاتى. وهذه النتائج المنفردة ذاتيا يمكن أن تكون ظاهرة أو مغطاه. ومثلا عندما نشترى أو نستعيد شيئا ما أو عندما نقول لانفسنا شيئا. وهذه النتائج تحدث عادة متصلة مع اعداد هدف ومع التقويم الذاتى. رغم أنه قد يكون هناك أوقات نعد نتائج السلوك بدون أن نحدد الاهداف مثلما يحدث عندما نرتكب خطأ معيناً ونبدأ فى لوم انفسنا...

وقد درس ماهونى، مورا وويد (١٩٧٣) اثار الاثابة الذاتية والعقاب الذاتى والمراقبة الذاتية على انقاص الوزن. وقد اشتمل مكافأة الذات أو عقاب الذات على أن يكافئ الأفراد انفسهم أو يوقعوا غرامات على انفسهم للتقدم أو نقص التقدم الذى احرزوه فى نهاية كل اسبوع بالنسبة لانقاص أوزانهم.

الفصل الحادى عشر

العلاج السلوكى المعرفى

Cognitive Behavior Therapy

بدأ الاهتمام بالاتجاه المعرفى فى العلاج النفسى مع العقد السابع من هذا القرن، ولم يكن ذلك وليد الصدفة ولكنه كان بمثابة تصديق لفكر الرواقيين الذين ذكروا أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار. كما يعد امتداداً لطريقة كل من أفلو، ودولارد وميلر فى عملية العلاج، وفى الحقيقة يعد ظهور هذا الاتجاه نتيجته عدة عوامل أهمها:-

١- كرد فعل على الانتقادات التى وجهت إلى المدرسة السلوكية فيما يتعلق بعدم قبولها لضرورة إحداث تغيرات مباشرة فى الناحية المعرفية للعميل والاهتمام فقط بتغيير السلوك، كما انتقدها البعض من زاوية أن التخلص التدريجى والمنظم من الحماسية ليس أسلوباً سلوكياً بحثاً ولكنه يتطلب الاستبطان أى فحص المسترشد لأفكاره ودوافعه ومشاعره وتحكمه فى أفكار وصوره العقلية، وخاصة أن رأى سكر فى هذا الصدد غير صامد جيداً للمقاومة. وهو ما يعد اتجاهاً توفيقياً بين السلوكية ومعارضيتها.

٢- تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية وعلاقتها بالجوانب والوظائف النفسية حيث فتحت بعض النظريات مثل نظرية دولارد وميلر، ونظرية بندورا الباب فى هذا الاتجاه، وأصبح تفسير التعلم من خلال تدعيم العلاقة بين المنثير والاستجابة غير كافياً فى معرفة الميكانيزمات المستترة فى الحفظ ومعالجة المعلومات كما أن بعض عمليات التعلم قد تحدث بدون تعزيز، وقد تفشل رغم وجوده، إضف لذلك اختلاف عملية التعلم لدى الراشدين عنها لدى الاطفال، وكلاهما يختلف عن الحيوان من ناحيتين هما استخدام الإنسان للرموز كاللغة والإشارة وغيرها، وأن عملية التعلم لدى الانسان أكثر تعقيداً من تعلم الحيوان.

٣- لعبت جهود علماء ومفكرين مثل بياجيه وغيره دوراً أساسياً فى دراسة نمو التركيبات المعرفية عند الطفل وخاصة ربطه بين النمو العقلى والنمو الخلقى وشرح ذلك من خلال مفهومين أساسيين هما الامتصاص والموائمة. كما كانت لجهود كيلى دوراً بارزاً فى توضيح دور البيئة فى تعديل البنية العقلية والتركيبات الشخصية ومن ثم تغير السلوك.

٤- لعبت الثورة العلمية الحديثة التى اصبحت الكمبيوتر فيها بمثابة السبب والنتيجة معاً دوراً أيضاً، حيث يشبه البعض المعالجات فى المخ البشرى بالمعالجات التى تتم فى الحاسب الألى على شكل مدخلات، عمليات، مخرجات، تغذية مرته.... وهكذا.

وتعتمد الفكرة الاساسية لهذا الاتجاه على أن المتأمل لحياة الناس بصفة عامة يجد أنها لا تخلو من بعض الخبرات التى تبعث على الانسحاب والياس والعجز بسبب مايتعرضون له من نكسات مادية ومعنوية، وهذه الخبرات تتلون حسب مايمسنتجه كل انسان فى ضوء تقييمه الذاتى وقدرته على ضبطها والتفاعل معها وقد يؤدى إلى نوع من التشويه المعرفى Cognitive distortions الذى يمكن أن يلعب دوراً أساسياً فى حدوث العديد من الأعراض المرضية وخاصة الاكتئاب، حيث تسيطر على المريض مشاعر سلبية عن ذاته ومستقبله والعالم من حوله، وينتابه شعوراً بالياس وتكنى تقديرات الذات. أو قد ينظر إلى المجتمع على أنه مجتمع عدوانى محبط فيتجنب الآخرين ويميل للعزلة والانسواء.

لذلك يقوم العلاج المعرفى على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض من خلال مجموعة من المبادئ والاجراءات تقوم على أن العوامل المعرفية تؤثر فى السلوك، ومن ثم فإن تغييرها سيترتب عليه بلاشك تغير فى سلوك

المريض، ومن رواد هذا الاتجاه آرون بيك Beck الذى يعرف العلاج بأنه طريقة بنائية مركبة ومحددة الزمن ذات اثر توجيهى فعال يتم استخدامها فى علاج بعض الاضطرابات النفسية. كما يحدد بيلاك 1985 Bellack أهم المهام المنوطة بالعلاج المعرفى للقيام بها على النحو الآتى:-

١- تعليم المرضى أن يحددوا ويقيموا أفكارهم وتخييلاتهم وخاصة تلك التى ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.

٢- تعليم المرضى تصحيح مآلديهم من افكار خاطئة والتشويبهات الفكرية.

٣- تدريب المرضى على استراتيجيات وفتيات سلوكية ومعرفية متباعدة مماثلة لتلك التى تطبق فى الواقع خلال مواقف حياتيه جديدة أو عند مواجهة ضغوط طارئة ومن رواد هذا الاتجاه إليس الذى تعرف طريقته بالعلاج العقلانى الانفعالى، وبيك، وميتشنوم ورايمى ولازروس وكيلي وغيرهم.

طرق اعادة البنية المعرفية: Cognitive Restructuring

ظهرت مجموعة من طرق العلاج فى اطار العلاج السلوكى المعرفى تقوم على أساس إعادة البنية المعرفية. وتقوم هذه الطرق على افتراض أن الاضطرابات الانفعالية إنما هى نتيجة لأنماط من التفكير غير التكيفى.. وتكون مهمة المعالج هى اعادة بناء هذه الجوانب المعرفية المتصلة بعدم التكيف. ويمكن أن ندرج تحت هذه المجموعة. طريقة إليس (Ellis) فى العلاج العقلانى الانفعالى وطريقة ميكنيوم فى ارشاد الذات وطريقة بيك فى العلاج المعرفى.

١- العلاج العقلانى الانفعالى Rational Emotive therapy

ينتمى العلاج للعلاج الانفعالى إلى النظرية التى طورها البرت إليس Ellis (١٩٦٢، ١٩٧١، ١٩٧٧) وتفترض هذه النظرية أن الاضطرابات

النفسية إنما تنشأ من انماط تفكير خاطئة أو غير منطقية.

ويرى ايليس أن البشر يشتركون في غابيتين أساسيتين أولهما المحافظة على الحياة والثانية هي الاحساس بالسعادة النفسية والتحرر من الألم. وأن العقلانية تكون من التفكير بطرق تسهم في تحقيق هذين الهدفين على حين أن عدم العقلانية يشتمل على التفكير بطرق تقف حجر عثرة في سبيل تحقيقها. وبذلك فإن العقلانية يمكن تعريفها على أنها استخدام المنطق في تحقيق الأهداف السريعة والبعيدة.

وفي صياغته الأولى لنظرية العلاج العقلاني الانفعالي وضع ايليس ثلاثة فروض أساسية لهذه النظرية أولها: أن التفكير والانفعال بينهما صلة وثيقة، وثانيهما أن درجة الصلة بين التفكير والانفعال من القوة بحيث أن كل منهما يرافق الثاني وانهما يتبادلان التأثير على بعضهما وفي بعض الأحيان فأنهما يكونان نفس الشيء. وثالث هذه الفروض أن كلا من التفكير والانفعال تميل إلى أن تكون في صورة حديث للنفس أو عبارات داخلية وأن هذه العبارات التي يقولها الناس لانفسهم تصبح أفكارهم وانفعالاتهم. وبالتالي فإن العبارات الداخلية التي يقولها الناس لانفسهم تصبح قادرة على توليد وتعديل الانفعالات.

ويرى ايليس أن الانفعالات غير الملائمة مثل القلق إنما تقوم على اساس من أفكار غير منطقية مما يؤدي إلى إعاقة السلوك الواقعي، كذلك فإن العدواة Hostility قد يكون لها جانب منطقي وآخر غير منطقي فالجانب المنطقي من العدواة يشتمل على الاعتراف بالضيق أو عدم الراحة كأساس للتغلب على التذنب على حين أن الجانب غير المتعلق من العدواة يشتمل على لوم الآخرين أو لوم العالم وبطريقة تحجب التصرف للفعال وربما تولد

المزيد من عدم السعادة للشخص بل وتسبب عداوة الآخرين له. ومن ثم فإن الانفعالات تكون مناسبة عندما تصاحبها أفكار منطقية أو متعقبة...

ويرى إيليس أن البشر لديهم استعداد فطري وميل مكتسب لأن يكونوا عقلانيين وكذلك لأن يكونوا غير عقلانيين. فمن ناحية نجد أن البشر لديهم طاقة كبيرة لأن يكونوا منطقيين ومولدين للسعادة ومن الناحية الأخرى فإن لديهم طاقة هائلة في أن يكونوا منمرين لانفسهم وللآخرين وإن يكونوا غير منطقيين ويكررون باستمرار نفس الاخطاء. واختلق الناس في تقبل الواقع ينتج عنه أن يظهروا الاضطراب الانفعالي.

وينظر إيليس إلى مرحلة الطفولة وإلى البيئة على أنها تساعد ذلك الميل الفطري لتكوين الأفكار غير العقلانية ونموها وفي عرضه لنظريته فإنه يحدد العناصر الآتية:

إذا كان أ (A) هو الحدث المنشط والذي قد يكون بمثابة شيئاً وقع بالفعل أو سلوكاً أو اتجاهها من جانب شخص آخر.

كان ب (B) تلك الأفكار أو المقولات التي يقولها الفرد لنفسه حول الحدث أ.

وكان جـ (C) هو النتيجة أو رد الفعل الذي يستجيب به الفرد سواء كان ذلك سعادة أو إضراراً انفعالياً.

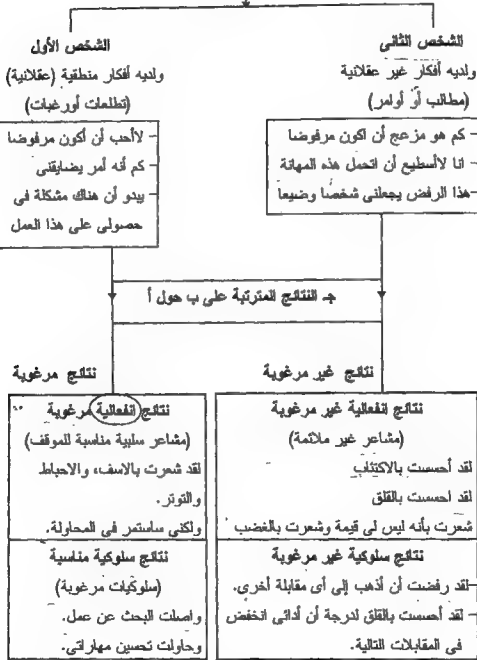
فإنه في الواقع يكون هذا الانفعال سواء كان انفعالاً ساراً أو انفعالاً كدراً نتيجة للحدث الذي سبقه (أ) وإنما هو نتيجة للفكرة الخاطئة (ب)- أوبعبارة أخرى فإن النتائج الانفعالية والسلوكية المترتبة على أحداث منشطة في حياتنا إنما يحكمها نظام التفكير لدينا. وأن لدينا القدرة على ضبط وتعديل معتقداتنا ومن ثم النتائج النفسية.

ويوضح الشكل التالي مثالا تصويريا على اساس من نظرية ايليس.
حيث يمثل شخصين أحدهما لديه أفكار منطقية والثاني أفكار غير منطقية
وما يترتب على ذهاب كل منهما إلى مقابلة للحصول على وظيفة ثم الفشل في
الحصول عليها.

أ. حدث منشط (A)

ذهبت لمقابلة للحصول على وظيفة
ولكنني فشلت في الحصول عليها

ب. الأفكار المرتبطة بالحدث أ (B)



ويقرر البرت ايليس أن كل المشاعر المضطربة ترتبط ارتباطاً وثيقاً
بواحد أو أكثر من الأفكار غير المنطقية الآتية:

(١) يقول الفرد لنفسه: أنه ينبغي على أن أودى أداء جيداً وأن ألقى القبول
والرضا عن كل ما أقوم به وإلا فإني أكون فاشلاً.

(٢) أن على الآخرين أن يتصرفوا نحوي بلطف وعدالة وإلا فإنهم يكونون
مخبولين.

(٣) أن الظروف التي أعيش فيها ينبغي أن تظل حسنة وميسرة حتى أحصل
على كل ما أريده بدون مجهود كبير وإلا فإن الحياة تبدو قاتمة.

وقد حدد ايليس اثنتي عشرة فكرة غير عقلانية irrational ideas يرى
أنها تمثل الأسباب الكامنة وراء الاضطرابات النفسية وهذه الأفكار هي:

١- أنه أمر بالغ الأهمية بالنسبة للشخص الراشد أن يكون محبوباً من كل
شخص وعن كل شيء يعمل.

٢- بعض التصرفات تعتبر مزعجه أو وقحة، وينبغي أن نعاقب الأفراد الذين
يرتكبونها بشدة.

٣- من المفزع أن تسير الأمور في صورة غير التي يودها المرء.

٤- أن يؤس الإنسان وشقاؤه هو نتيجة الأحداث والأشخاص الموجودين في
البيئة.

٥- إذا بدا شيء ما ممثلاً لخطر أو لخوف فإنه ينبغي أن ننشغل به بشكل زائد
وأن نتضاق بسببه ويتعكر صفو حياتنا.

٦- من الأسهل أن نتجنب مصاعب الحياة والمسئوليات الشخصية عن أن
نواجهها.

- ٧- أن الانسان يحتاج لاشياء أقوى منه أو أكبر منه يلقى مسئولياته عليها.
- ٨- ينبغي أن يكون المرء حاذقاً، نكياً ومنجزاً في كل جوانب الحياة.
- ٩- إذا كان قد سبق لشيء ما أن سبب لك ضيقاً في حياتك فإنه سيستمر في التأثير عليها.
- ١٠- أنه ينبغي أن يكون للانسان القدرة على التحكم في بعض الاشياء.
- ١١- أن مساعدة الانسان تتحقق من خلال عملية القصور الذاتي.
- ١٢- أن الانسان ليس لديه تحكم في انفعالاته الخاصة...
- وتقوم استراتيجيه العلاج العقلاني الانفعالي على مساعدة العميل (المريض) على التعرف على الأفكار غير المنطقية لديه وأن يحل أفكاراً أكثر عقلانية محلها.
- ويشتمل العلاج على الخطوات التالية:
- ١- الانقاع اللفظي والذي يهدف إلى اقناع العميل بمنطق العلاج العقلاني.
- ٢- التعرف على الأفكار غير العقلانية لدى العميل من خلال مراقبة العميل لذاته وتزويد المعالج بردود أفعاله.
- ٣- تحديات مباشرة للأفكار غير العقلانية مع اعادة التفسير العقلاني للأحداث.
- ٤- تكرار المقولات الذاتية العقلانية بحيث تحل محل التفسيرات غير العقلانية.
- ٥- واجبات سلوكية معدة لتكوين الاستجابات العقلانية لتحل محل غير العقلانية والتي كانت السبب في الاضطراب النفسي.

والمعالج فى طريقه العلاج العقلانى الانفعالى هو معالج نشط يقع عليه عبء كبير فى مساعدة العميل على التعرف على الأفكار غير العقلانية الكامنة وراء انفعالاته الكدرة وعلى التفتاعه بالأفكار العقلانية التى تحل محلها وكذلك فى مساعدته على تغيير سلوكه من خلال اعطائه واجبات منزلية مثل قراءة كتب محددة أو القيام بنشاط معين.

٢- إعادة البناء العقلانى المتدرج **Systematic Rational Restructuring**
طور جولد فرايد (١٩٧٧) Goldfried هذه الطريقة التى تعتبر أكثر تحديدا وبنية من طريقة إيليس. وتنسب هذه الطريقة إلى حد ما طريقة التخلص التدريجى من الحساسية (انظر الفصل الرابع). فيطلب من العميل يتخيل مدرجا من المواقف المولدة للقلق. وفى كل خطوة منها يعطى العميل تعليمات بأن يتعرف على الأفكار غير العقلانية المرتبطة بهذا الموقف المحدد وأن يحض هذه الأفكار ويعيد تقويم الموقف بطريقة عقلانية. وكذلك يطلب من العملاء أن يمارسوا إعادة البناء العقلانى فى الواقع الملموس in vivo وذلك فى المواقف التى تولد القلق.

ورغم أن هذه الطريقة تختلف فى الإجراءات عن طريقة العلاج العقلانى الانفعالى فإنهما يشتركان فى نفس الأساس النظرى تقريبا.

٣- طريقة التدريب على التعليمات الذاتية لميكنبوم
Meichenbaum's self Instructional training

تقوم طريقة ميكنبوم على إعادة البناء المعرفى عن طريق التدريب على اعطاء تعليمات ذاتية (النصح الذاتى) على أساس من فكرتين أساسيتين:
(١) فكرة العلاج العقلانى الانفعالى لألبرت إيليس وتركيزها على أن الأشياء غير العقلانية التى يقولها الإنسان لنفسه هى السبب فى الاضطرابات الانفعالية.

(٢) تتابع النمو لدى الاطفال والذي يطور فيه الاطفال الحديث الذاتى (الداخلى) والضبط اللفظى الرمزى على السلوك (لوريا ١٩٦١ Luria) حيث يرى لوريا أن سلوك الاطفال يُكتسب فى البداية من خلال تعليمات يعطيها لهم اشخاص آخرون ثم فيما بعد يكتسبون القدرة على ضبط سلوكهم للشخصى من خلال تعليمات صريحة يقولونها لأنفسهم والتي تتحول فيما بعد إلى تعليمات داخلية ضمنية.

ويشتمل التدريب على التعليمات الذاتية على الخطوات الآتية:

أ- تدريب العميل على التعرف والوعى بالأفكار غير التوافقية (المقولات الذاتية)

ب- يقوم المعالج بنمذجة السلوك المناسب بينما يشرح بالكلام الطرق الفعالة وتشمل هذه الأقوال على شرح متطلبات الواجب، والتعليمات الذاتية التي تقود الأداء المتدرج، الأقوال للذاتية التي تؤكد كفاءة الشخص ونضاد الانشغال بالفشل، والتدعيم الذاتى الضمنى للأداء الناجح.

ج- يقوم العميل بعد ذلك بإداء السلوك المستهدف فى البداية يتم ذلك بينما يعطى لنفسه التعليمات المناسبة بصوت عالى ثم بعد ذلك يكون ذلك بتريدها سراً بينه وبين نفسه وتساعد توجيهات المعالج فى هذه المرحلة على تأكيد أن مايقوله العميل لنفسه فى سبيل حل المشكلة قد حل محل الأفكار التي كانت تسبب للقلق فيما مضى.

وتدل الأبحاث على أن التدريب على التعليمات الذاتية يمكن أن يساعد بشكل كبير على تعديل مجموعة كبيرة من السلوكيات عند الأطفال والكبار على السواء. وقد امكن استخدام هذا الاسلوب بنجاح كبير فى تخفيض المشكلات المرتبطة بالقلق مثل قلق الاختبارات والقلق الاجتماعى وقلق

مواجهة الآخرين. كذلك استخدمت هذه الطريقة في تعديل الأداء العقلى لحالات الفصام. كما استخدمت بنجاح في زيادة الابتكارية والمساعدة على مواجهة الضغوط والتعامل مع الألم وزيادة الضبط الذاتى لدى الاطفال المنفيعين (ويلسون وأوليرى ١٩٨٠)

وقد استخدم المؤلف الأول طريقة التدريب على التعليمات الذاتية فى علاج عدد من حالات الخوف الاجتماعى لدى طلاب الجامعة المترددين على وحدة الارشاد وكانت النتائج مشجعة للغاية كما أن الأسلوب يلقى قبولا بين الطلاب فى هذه المرحلة العمرية على أنه فى بعض الحالات كان المعالج يطلب من العميل أن يتدرب على الاسترخاء قبل الدخول إلى الموقف الذى يحدث لديه القلق.

٤- طريقة بيك للعلاج المعرفى: Beck's Cognitive Therapy

طور بيك هذه الطريقة للتي تدخل فى اطار اعادة البناء المعرفى عام ١٩٦٣ والهدف النهائى من هذه الطريقة كما فى سابقتها هو تنمية انماط من التفكير العقلانى والمتوافق. ويشتمل العلاج على المراحل الاتية:

- ١- أن يصبح العميل واعيا بافكاره.

- ٢- أن يتعلم كيف يتعرف على الأفكار غير الدقيقة أو المشوشة.

- ٣- استبدال هذه الأفكار غير الدقيقة بافكار دقيقة وجوانب عقلية أكثر موضوعية.

- ٤- أن رد الفعل من جانب المعالج وتدعيمه للعميل يعتبر جزءا هاما من هذه العملية.

وتعتبر الاساليب المستخدمة فى تحقيق هذه الاهداف العلاجية ذات طبيعة سلوكية ومعرفية فى نفس الوقت. ففى للجانب السلوكى تتضمن هذه

الطريقة وصفاً لجدول واضح ومحدد من الواجبات (المهام) المتدرجة التي تسعى إلى تزويد العميل بخبرات ناجحة وكذلك تشتمل على واجبات منزلية يقوم بها، أما الجوانب المعرفية فتشتمل على عملية التفرقة مثلاً التفرقة بين أنا أظن وهي فكرة يمكن أن تقبل التشكيك وبين أنا اعرف وهي حقائق لا تحتمل الرفض وكذلك عملية الفصل decentering وذلك بتعليم العملاء أن يفصلوا أنفسهم عن خبرات الآخرين وعن الاعلانات التي يقوم بها الآخرون وعلى سبيل المثال فإن شخصاً قد يسمع أن جاره قد مات بازمة قلبية قد يصبح قلقاً ومنشغلاً بفكرة أن هذا قد يحدث له أو لأى من أفراد أسرته. وقد طور بيك طريقتين في اثناء أبحاثه على علاج مرض الاكتئاب حيث يرى في نظريته للاكتئاب أن الشخص المكتئب تكون لديه نظره سلبية نحو ذاته وللمستقبل وللعالم من حوله.

ويلخص بيك وإيمرى قواعد العلاج المعرفى على النحو التالى:

- ١- أن العلاج المعرفى يقوم على اساس النموذج المعرفى للاضرابات الانفعالية.
- ٢- أن العلاج المعرفى علاج مختصر ومحدود المدة.
- ٣- من الضروري أن تتوفر علاقة مناسبة بين المعالج والمريض.
- ٤- أن العلاج يمثل جهداً مشتركاً بين المعالج والمريض.
- ٥- يركز العلاج المعرفى على توجيه الاسئلة.
- ٦- يعتبر العلاج المعرفى علاجاً منظماً ومباشراً.
- ٧- يتجه العلاج المعرفى نحو التركيز على المشكلة.
- ٨- يقوم العلاج المعرفى على نموذج تعليمى.
- ٩- تستند نظرية واساليب العلاج المعرفى على الطريقة الاستنتاجية.
- ١٠- النشاط الذى يقوم به العميل خارج مكتب الارشاد أو العيادة يمثل خاصية اساسية للعلاج المعرفى.

الفصل الثانی عشر

حل المشكلات

Problem Solving

يمضي الانسان في حياته اليومية في اطار علاقة بينه وبين بيئته. وعندما تتعرض هذه العلاقة للاختلال فان الفرد يعاني من مشكلة أو مشكلات. وعلى الرغم من أن حل المشكلات عملية سلوكية سواء ظاهرة (أفعال وأقوال) أو داخلية (معرفية) من شأنها أن:

(١) تقدم تنوعا من الاستجابات ذات الفاعلية الممكنة لموقف المشكلة.

(٢) تزيد من احتمالية اختيار أكثر الاستجابات فعالية بين هذه البدائل أو (الاستجابات) المتنوعة.

ويعتبر حل المشكلة مناسبا للعلاج السلوكي على اساس من افتراضين:
(١) أن عدم الفاعلية في التعامل (coping) مع مواقف المشكلة ببتبعاتها الشخصية والاجتماعية ينتج عنه اختلالات انفعالية وسلوكية تتطلب العلاج النفسي.

(٢) أن الفاعلية العامة للشخص قد تيمر عن طريق التدريب على المهارات العامة التي تسمح له بالتعامل باستقلاليه مع تحديات الحياة اليومية.

ويمكن اعتبار للتدريب على حل المشكلات على أنه معاونة الفرد على "تطوير مجموعة من التعلم Learning set ومن زيادة احتمالية التعامل بفاعلية في مدى واسع من المواقف. وفي هذا الاطار يمكن للنظر إلى التدريب على حل المشكلات باعتباره نوعا من الضبط الذاتي أو التدريب على الاستقلالية. والفرق الرئيسي بين التدريب على حل المشكلات، والضبط الذاتي هو أنه في حل المشكلات فان الجوانب الرئيسية للاستجابة الأكثر فاعلية بينما في أسلوب الضبط الذاتي فان الاستجابة التي تُضبط تُختار مُسبقا.

ويكون الهدف الاساسى فى حل المشكلة هو التعرف على أفضل بديل فعال الأمر الذى يتبعه بعد ذلك عمليات ضبط ذاتى أخرى لاستثارة أداء المسار المختار للتصرف والمحافظة عليه. وبذلك فإن حل المشكلة يصبح مرحلة ابتدائية حرجية فى عملية من الضبط الذاتى أكثر عمومية يطلق عليها البعض الاستقلالية أو الجدارة أو الاعتماد على الذات.

معنى المشكلة:

عندما نقول أن أحد المواقف هو موقف مشكلة فإن هذا يعنى وجود العناصر الآتية:

- أولاً: وجود وضع أو حالة مبدئية يكون الفرد فيها (م)
- ثانياً: وجود وضع أو حالة تمثل هدفاً أو غاية يريد الفرد أن يصل إليها ويختلف عن الحالة المبدئية أو الوضع المبدئى الذى كان عنده (غ).
- ثالثاً: وجود مجموعة من السلوكيات أو التصرفات التى يمكن القيام بها أو اكتسابها لتغيير الوضع المبدئى (م) إلى وضع الغاية (غ).
- رابعاً: لكن هذه المجموعة من السلوكيات (س) غير واضحة بشكل مباشر أو غير متاحة الآن للفرد الذى فى وضع المشكلة.

ويفرق وسكلجرين (١٩٧٤) Wickelgren بين نوعين من المشكلات هما، المشكلات واضحة المعالم (جيدة التعريف Well-defined) والمشكلات غير الواضحة المعالم (سيئة التعريف ill-defined) وتقع المشكلات التى يأتى بها الطلاب وحالات الارشاد والمرضى فى المجموعة الثانية أى غير الواضحة المعالم حيث لا تكون البدائل والتصرفات المناسبة لحل هذه المشكلات واضحة بشكل مباشر وذلك على عكس النوع الأول الذى يشتمل على حلول واضحة بل وفى بعض الأحيان يكون هناك حل وحيد وصحيح للمشكلة.

حل المشكلات:

يمكن القول أن حل المشكلات هو عملية يحاول بها الشخص أن يخرج من مأزق أو موقف ضاغط، وفي رأى جاني (1977) Gagne أن حل المشكلات هو نوع من السلوك المحكوم بقواعد. وحل المشكلات عند جاني هو عملية يستحضر فيها الأشخاص مفاهيم وقواعد من معرفتهم السابقة ويستخرجون منها قواعد من مستوى اعلى تساعد على حل المشكلات وهي أعلى صور التعلم وقيمته.

وفي رأى أوزبيل (1963، 1966، 1978) Ausubel أن عملية حل المشكلات هو نوع دقيق من التعلم، ويميز أوزبيل بين نوعين من التعلم هما التعلم بالتلقي Receptive والتعلم بالاستكشاف Discovery فالأول وهو التعلم بالتلقي يتسم بوجود مواقف يتاح فيها للمتعلمين كل مايتعلمونه في صورته النهائية. أما التعلم بالاستكشاف فهو يتطلب من الافراد أن يكتشفوا بانفسهم مايتعلمونه قبل أن يدخل إلى أذهانهم، وفي رأى أوزبيل أن حل المشكلات يعتبر نوعا من التعلم بالاستكشاف.

كما يرى هالي (1977) Haley أن حل المشكلات في الارشاد والعلاج النفسي يعتبر نوعا من تحليل النظم system analysis، وفي تصوره أن عملية حل المشكلة ينبغي أن تأخذ في اعتبارها نظام التفاعل الاجتماعي للمسترشد بما في ذلك الأشخاص الآخرون المشتركرون في هذا النظام مع المسترشد (مثل الآخرة، والاباء، والزملاء، والمرشد نفسه) وبذلك فان هالي يركز بشكل اكبر على الموقف الذي تحدث فيه المشكلة.

ويوضح المثال التالي اهمية حل المشكلة في الارشاد:

فقد تقدم أحد ضاربي الآله الكاتبة في مؤسسة إلى أحد المرشدين النفسيين يشكو إليه من قلق بدأ ينتابه، ولدى قيام المعالج بالتعرف على

مشكلة المرشد اتضح له أن جانباً من هذه المشكلة يقع في زيادة الاعباء الوظيفية الملقاه عليه من جانب صاحب العمل، وأنه (أي المرشد) لا يناقش صاحب العمل في هذا الموضوع. وقد تضمن العلاج أن يطلب المرشد من المرشد أن يحتفظ بمفكرة يسجل فيها عدد المرات التي يقول فيها "لا" عندما يحتاج لذلك، وكذلك عدد المرات التي لا يدافع فيها عن حقوقه. وقد تضمنت خطة حل المشكلة أن يجري تدريب الفرد على السلوك التوكيدي Assertive Training (الشناوى ١٩٩٦ ص ٤١)

نماذج حل المشكلات:

ظهر عديد من النماذج الخاصة بالتدريب على حل المشكلات وتلتقى هذه النماذج في أنها تبحث عن السلوكيات المتاحة لكى تغير من موقف المشكلة واختيار سلوك منها يوصل إلى حل المشكلة ولتحقق من هذا الحل. وفيما يلى عرض لبعض هذه النماذج:

أولاً - نموذج دى زوريلا وجولدفرايد (١٩٧١) D'zurilla & Goldfried

اقترح دى زوريلا وجولدفرايد نموذجاً من خمس خطوات لحل المشكلات لاستخدامه في تعديل السلوك لدى الأفراد.

١- توجيه عام general orientation

٢- تحديد المشكلة وصياغتها Problem definition and formulation

٣- توليد البدائل generation of alternatives

٤- اتخاذ القرار Decision making

٥- التحقق من الحل Verification

وهذه المراحل ليست جامدة وإنما يمكن للفرد أن ينتقل بينها ذهابا وجيئة فقد يكون الفرد في المرحلة رقم (٤) وهي اتخاذ القرار ثم يعود للوراء إلى مرحلة (٢) تحديد المشكلة للبحث عن مزيد من المعلومات حول المشكلة قبل اتخاذ القرار.

وتشير مرحلة للتوجيه العام إلى تنمية ميل قوى لدى المسترشد من خلال:
أولا: بقبول الواقع في أن مواقف المشكلات هي في الواقع جزءا عاديا من الحياة، وأنه من الممكن مواجهة معظم هذه المواقف بفاعلية.

وثانيا: للتعرف على المواقف المشكلة عندما تحدث.

وثالثا: كبح الميل للاستجابة سواء بالانفعال التلقائي أو النقص عن القيام بشئ. وبذلك فإنه في مرحلة التوجيه العام نرى المشكلات كحقيقة وكما يجب مواجهتها مباشرة وبوضوح ونشاط أما مرحلة تحديد وصياغة المشكلة فإنها تتكون من:

(أ) تحديد كل جوانب الموقف في صورة لجرائية.

(ب) صياغة وتصنيف عناصر الموقف بطريقة ملائمة لفصل المعلومات المناسبة عن تلك غير المناسبة، وتحديد أهداف الفرد الأساسية وتحديد المشكلات العليا والقضايا والصراعات. وبذلك فإن تحديد المشكلة وصياغتها وتمحيصها وتحليلها إلى عناصر محدودة يؤدي إلى اختيار أهداف لحل موقف المشكلة.

أما مرحلة توليد البدائل فتشير إلى مهمة اعداد قائمة بالحلول الممكنة المناسبة للمواقف الخاصة بالمشكلة.

وأما مرحلة اتخاذ القرار فهي تشير إلى مرحلة يتم فيها اختيار تصرف من بين عدة بدائل للتصرفات ويتم ذلك من خلال النظر إلى النتائج القريبة والبعيدة المدى والأخذ في الاعتبار النتائج الشخصية والاجتماعية وتقدير التوقع الشخصي لنجاح أحد هذه البدائل أما المرحلة الأخيرة في النموذج وهي مرحلة التحقق من الحل فتحدث بعد تطبيق أسلوب الحل وتقارن النتائج الحقيقية بالنتيجة المتوقعة، وهذا يحدد الدرجة التي امكن بها حل المشكلة بفاعلية بواسطة البديل الذي تم اختياره.

ثانياً: نموذج كانفر وبوزيمير (1982) Kanfer & Bozemeyer

اضاف هذا النموذج خطوة سادسة هي تنفيذ الحل لذلك النموذج الذي اعده دي زوريلا وجولفرايد ويمكن استخدام هذا النموذج بنجاح في العلاج السلوكي:

١- اكتشاف المشكلة.

٢- تحديد المشكلة.

٣- توليد البدائل.

٤- اتخاذ القرار.

٥- التنفيذ.

٦- التحقق من الحل.

وفي رأى كانفر وبوزيمير أن نمونجهما يشتمل على عمليات تنظيم ذاتي وإن الاهداف تكون دينامية بمعنى أنها لا تبقى ثابتة وأنه يمكن أن تتغير عبر الوقت وبالتالي فإن الفرد يستمر في البحث عن البدائل وفي نفس الوقت توقع النتائج المختلفة.

وفى رأى ديكسون وجلوfer (١٩٨٤) Dixon & Glover أن الفرق بين النموذجين إنما يرجع إلى التقدم الذى حققه مجال العلاج النفسى بين عام ١٩٧١ عندما اقترح دىزوريلا وجولدفرايد نموذجهما وعام ١٩٨٢ عندما اقترح كانفر وبوزيمير نموذجهما.

ثالثاً: نموذج ايريلان وفورد (١٩٧١) Urban & Ford

اقترح ايريلان وفورد نموذجا لحل المشكلات لاستخدامه فى العلاج النفسى يشتمل على خمس خطوات هى:

- ١- تعريف المشكلة وتحديدّها.
- ٢- تحليل المشكلة.
- ٣- اختيار الاهداف وتقديم المحكات.
- ٤- استخدام (تطبيق) حل المشكلة.
- ٥- التقويم.

التعرف على المشكلة وتحديدّها الخطوة الأولى فى تتابع لخطوات هامة فى عملية الارشاد أو العلاج النفسى وتشتمل هذه الخطوة على تحديد السلوكيات التى تعتبر خاطئة أما الخطوة الثانية وهى تحليل المشكلة فتشتمل على الانتقال من السؤال حول ماهية المشكلة إلى فهم كيفية المشكلة. وبمعنى آخر ماهى أبعاد هذه المشكلة والظروف المحددة لها (عصبية، فيزيولوجية، انفعالية، اجتماعية، سلوكية أو موقفية)، وبالتالي تصبح الأساس الذى تبنى عليه وسائل العلاج.

والخطوة الثالثة وهى اختيار الاهداف وفيها يكون التحديد الصريح للنتائج التى يبحث عنها الفرد وينبى أن يكون اختيار الاهداف مرتبطاً بالنمو العادى، أى أن تكون الاهداف ممثلة لبدائل مرتبطة بنمو المعترشد وينتج عن

التحديد الواضح للأهداف أن يكون استخدام الجهد بكفاءة واقتراح الوسائل الممكنة لاتخاذ الهدف ووجود محك لتقويم كفاءة طريقة العلاج المستخدمة.

وفي الخطوة الرابعة يطبق الحل الذى تم اختياره للمشكلة وفى هذه الحالة يكون للمرشد أو المعالج دور فى مساعدة المسترشد على اعداد الظروف التى تيسر تحقيق الهدف وينبغى أن ينظم للحل الخاص بالمشكلة ويرتب فى شكل منطقى على هيئة برنامج يتم تنفيذه.

أما الخطوة الخامسة والأخيرة وهى التقويم الذاتى فهى تساعد على تحديد الدرجة التى أمكن بها القضاء على المشكلة وتحقيق أهداف البرنامج العلاجى، وبناء على المعلومات التى تتوفر فى هذه الخطوة يمكن مراجعة استراتيجيات العلاج وتقرير متى ينتهى.

رابعاً: نموذج ديكسون وجلووفر (١٩٨٤) Dixon & Clover

قدم ديكسون وجلووفر نموذجاً لحل المشكلات (١٩٧٦، ١٩٧٩، ١٩٨٤) يتكون من خمس مراحل هى:

١- تحديد المشكلة.

٢- اختيار الهدف.

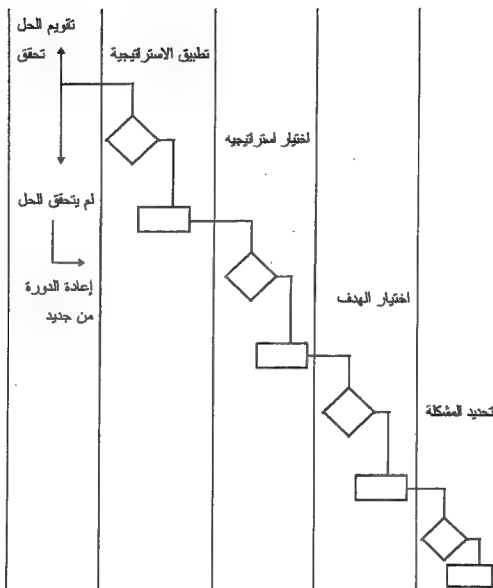
٣- اختيار استراتيجية.

٤- تطبيق الاستراتيجية.

٥- التقويم.

ويشتمل النموذج (شكل رقم ٢١٨) على عمليتين فى كل خطوة،

الأولى هى شحذ الذهن Brain Storming والثانية هى الاختيار choice



Brain Storming شحذ الذهن

Choice اختيار

نموذج إرشادي لحل المشكلات

Dixon & Glover (١٩٨٤) عن ديكسون وجلوهر

الباب الثاني

تطبيقات العلاج السلوكي

الفصل الثالث عشر

تطبيقات العلاج السلوكي في مجال
المشكلات السلوكية والقلق للأطفال والمراهقين

يعتبر استخدام أساليب العلاج السلوكي في مجال مشكلات الأطفال والمراقبين من أهم التطبيقات التي يستخدم فيها هذا النوع من العلاج ويشار إليها عادة بعملية تعديل السلوك Behavior Modification. وتعديل سلوك الأطفال أسلوب يستخدمه عدد كبير من المتخصصين العاملين مع الأطفال مثل الوالدين ومعلمي رياض الأطفال وأخصائيو الكلام والممرضات ومعلمي التربية الخاصة والمرشدين والأطباء النفسيين وغيرهم.

وتعديل سلوك الأطفال يركز بشكل واضح على السلوك المشاهد حيث أن السمات الأخرى والخصائص غير المشاهدة مثل الذكاء وأصابت المخ وغيرها لا تخضع للملاحظة وإنما يمكن فقط اختبارها من خلال ما يصاحبها من سلوكيات يمكن مشاهدتها

اضطرابات السلوك لدى الأطفال:

نلاحظ لدى بعض الأطفال سلوكيات مختلفة عما يلاحظ لدى السواد الأعظم من الأطفال الذين هم في مثل أعمارهم وبيئتهم الاجتماعية وبعض هذه السلوكيات يحتملها الأهل وربما يمكن للطفل في وجودها أن يلحق بالفرص المتاحة لغيره من الأطفال مثل الالتحاق بدور الحضانة أو رياض الأطفال أو المدرسة الابتدائية ومن مثل هذه السلوكيات أن يكون عدواني على ذاته أو على الآخرين أو أن يكون مريع للبكاء عندما يتعرض لموقف إحباط أو أن يعتمد على الكبار في حل بعض مشكلاته التي يمكن لغيره من الأطفال في مثل سنه أن يجدوا لها حولا أو أن يكون عدد المفردات اللغوية لديه أقل مما هو متعارف عليه لمن هم في سنه من الأطفال، لكن بعض السلوكيات تكون غير محتملة فالطفل الذي يتكلم ذكاه إلى ما دون ٣٠ مثلا يكون من الصعب بالحقه بالمدارس العادية أو حتى معاهد التربية الخاصة

وانما يحتاج الى معاهد متخصصة لرعاية حالات شديدي التخلف والسلوكيات المرتبطة بهذه الإعاقة وكذلك الطفل المفرط في النشاط قد يحتاج الى تدخل طبي وسلوكي متخصص لعلاج حالته.

لعلنا نلاحظ مثلا أن حالات التخلف العقلي وحالات الذاتية Autism (الاجترارية) وحالات فرط النشاط يختلفون عن الاطفال الاسوياء في أن حصيلة سلوكهم تكون أقل وكذلك في أن كثيرا من انواع السلوك التي تشتمل عليها هذه الحصيلة تحدث بشكل غير مناسب أو مقبول.

بعض انواع الاضطرابات الانفعالية والسلوكية التي تشاهد لدى الاطفال:

- ١- زيادة النشاط.
- ٢- نقص الانتباه.
- ٣- نقص مهارات تكيفية معينة مثل ارتداء الملابس أو عادات الاخراج أو تناول الطعام أو غيرها.
- ٤- عيوب في النطق والكلام مثل ابدال الحروف وصعوبة اخراج بعض الحروف واللججة وطفولية اللغة.
- ٥- جوانب اخلاقية مثل الكذب والمزقة.
- ٦- نقص مهارات النظافة الذاتية.
- ٧- الخجل الشديد.
- ٨- المخاوف المرضية (الفوبيا)
- ٩- العدوان.
- ١٠- الاندفاعية.
- ١١- كثرة البكاء.

١٢- إشعال الحرائق.

١٣- الهروب من المنزل.

١٤- نقص المهارات الاجتماعية.

١٥- اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب.

الاهداف العامة لتعديل سلوك الاطفال:

بصفة عامة فإن برامج تعديل السلوك للأطفال تهدف الى تحقيق مايلي:

١- تكوين سلوكيات جديدة مناسبة مثل التدريب على المهارات الاجتماعية وجوانب السلوك التكيفي.

٢- زيادة سلوكيات موجودة وتكون مرغوبة.

٣- انقاص السلوكيات غير المرغوبة لدى الاطفال.

الفنيات السلوكية التي تستخدم في تعديل سلوك الاطفال:

يمكن بشكل عام استخدام جميع فنيات العلاج السلوكي، والسلوكي المعرفي، والمعرفي لتعديل سلوك الأطفال وذلك بحسب الهدف والعمر والحالة العقلية ومن هذه الفنيات:

١- الاشراف المضاد.

٢- الانطفاء.

٣- الاسترخاء.

٤- التخلص التدريجي من الحساسية (التعرض للمثيرات).

٥- التدريب على السلوك التوكيدي.

- ٦- العلاج بالغمر.
- ٧- الاشراف التنفيري.
- ٨- التدعيم (التعزيز)
- ٩- التشكيل (التقريب التتابعي)
- ١٠- التسلسل.
- ١١- قاعدة بريماك.
- ١٢- التلقين.
- ١٣- التعلم بالعبرة (الملاحظة).
- ١٤- استخدام النماذج السلوكية.
- ١٥- الانتعاش المنطقي (العلاج العقائتي الانفعالي)
- ١٦- العلاج المعرفي.

التطبيقات:

أ- قلق الاطفال:

يشير دليل التشخيص الإحصائي - الإصدار الرابع - للجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) - DSM-IV- الى ثلاث انواع من قلق الاطفال والمراهقين.

١- اختلال قلق الانفصال. Separation anxiety disorder

٢- اختلال القلق الزائد Overanxious disorder

٣- اختلال التجنب (الهروب) Avoidant disorder

كذلك فانه يمكن تشخيص حالات أخرى من القلق غير مصنفة للاطفال والمراهقين مثل الفوبيا الاجتماعية واختلال الهلع panic disorder مع أوبدون

وجود اختلال الأجورافوبيا (الخوف من الأماكن العامة) وكذلك اختلال الوسواس والأفعال القهرية واختلال انضباط ما بعد الصدمات.

ولا تزال الأدبيات الخاصة باستخدام العلاج السلوكي في علاج الأطفال تقتصر إلى وجود بحوث تجريبية ذات مجموعات ضابط لتقويم أثر العلاج، وكثير من البحوث الموجودة على قلتها يعتمد على تصميمات ذات حالة واحدة Single case وقليل منها يشتمل على مجموعات وهناك قليل من العوامل التي ظهر من البحوث أنها تؤثر في اختيار طريقة للعلاج أو نتيجته وتشتمل هذه العوامل على العمر، والنضج المعرفي للطفل، واشترك الوالد أو المدرسة وشدة أومثابة الأعراض ودرجة التجنب أو الهروب، ومصدر القلق. ومن بين هذه العوامل فإن العامل الأكثر احتماليه في اختيار طريقة العلاج هو مصدر القلق. واصطلاح مصدر source يستخدم هنا ليصف الموضوع الذي يوجه إليه قلق الطفل (أى الشئ الذى يخاف منه) وعلى سبيل المثال فإن الطفل الذى لديه قلق يقوم على أساس رفض للمدرسة فإن مصدر القلق قد يكون الانفصال عن الوالدين أو الخوف من الكلام امام الآخرين. وعندما نعالج طفلا لديه اختلال قلق من المهم أن نجرى نوعا من التحليل الوظيفي الشامل comprehensive functional analysis ونسلط مشكلة رفض المدرسة الأضواء على هذه الحاجة. فقد يرفض الأطفال الذهاب إلى المدرسة لمجموعة متنوعة من الأسباب ولكي نختار الطرق المناسبة للعلاج فمن الضروري أن نتعرف على العوامل السابقة على أو التالية لسلوك رفض المدرسة. وقد اقترح كيرنى وسيلفرمان (1988) Kearny & Silverman نمونجا وظيفيا لتقدير معالجة سلوك رفض المدرسة يسمح بالتعرف على المتغيرات التي تؤثر على هذا السلوك وقد طور المؤلفان مقياساً لسلوك رفض المدرسة School Refusal Assessment Scale (SRAS) لقياس

الهروب من مخيف عام أو نوعي والهروب من المواقف الاجتماعية المنفرة، والبحث عن الانتباه (لفت النظر) أو سلوك قلق الانفصال والتدعيم الملموس.

ولأن علاج الاطفال الذين لديهم اختلالات قلق يكون غالباً ذا شغل مكثف فإنه توجد حاجة لتواجد المعالج ومرونته لتحسين للفرص التي تجعل الطفل ينجح في اكمال المهام العلاجية. ومن الصعب ان لم يكن مستحيلاً أن تعالج الاطفال الذين لديهم قلق خاصة الاطفال الصغار بدون العمل عن قرب مع والديهم، وإذا كان قلق الطفل يمثل مشكلة في المدرسة يكون من الضروري أن تكون علاقة عمل مع المدرسين ومرشدي التوجيه والاختصاصيين النفسيين في المدرسة، كذلك فمن الشائع أن نحفظ بالاتصالات تليفونية متكررة مع والد الطفل والمدرسة فيما بين الجلسات المحددة وقد يشتمل العلاج على جلسات طويلة لعدة مرات اسبوعياً. وقد تكون هناك حاجة لمصاحبة الطفل إلى المنزل أو المدرسة لكي نرشد الوالدين أو المدرسين لاستخدام فنيات علاجية معينة.

أن الاستراتيجيات العلاجية التي تستخدم مع الاطفال الذين لديهم اختلالات قلق تتشابه مع تلك الاستراتيجيات التي تستخدم مع الكبار الذين لديهم اختلالات قلق أيضاً. وتشمل هذه الطرق المختلفة للتعرض exposure والاسترخاء، والطرق الاجرائية، والنمذجة وكذلك العلاجات المعرفية وغالباً ماتكون طرق العلاج المستخدمة متبعدة المكونات. وتبعاً لأولنديك (1979) Ollendick فان العنصر الشائع في معظم الحزم العلاجية للأطفال القلقين هو التعريض، وفيما يلي نناقش كل اختلال من اختلالات قلق الاطفال بشكل موجز مع تناول للعلاجات السلوكية الراهنة.

١ - اختلالات قلق الانفصال Separation anxiety disorder

يتسم اختلال قلق الانفصال بألم نفس واضح لانفصال الطفل عن أشخاص ذوي ارتباط هام أو عن المنزل. وقد يظهر الاطفال الذين لديهم اختلال قلق الانفصال انشغالا حول أمنهم الخاص أو أمن والديهم وتراخياً في الذهاب للمدرسة أو الانشطة الأخرى البعيدة عن الوالدين وكذلك تراخياً في النوم وحدهم (بمفردهم) أو بعيداً عن البيت وبالإضافة لذلك فإن هؤلاء الاطفال قد يبدون انشغالات بنينية في أوقات الانفصال والتعلق بالوالدين والقلق في توقع الانفصال والام النفسى عند انفصالهم عن الوالدين. وتوجد بعض الأدلة التي توحي بأن اختلال القلق أكثر شيوعاً في الإناث للمحاليين للعيادات وكذلك الصغار في الطبقات ذات المستوى الاجتماعي الاقتصادي الأدنى.

وقد درس فرانسيس ولاست وشترلاوس Francis, Last and Strauss (1987) اعراض اختلال قلق الانفصال في عينة من ٤٥ من الاطفال المشخصة حالاتهم على أنها اختلال قلق الانفصال المترددين على العيادات الخارجية. وتبين لهم أن الاطفال الصغار (٥-٨ سنوات) أظهروا اعراضاً أكثر مما فعله الاطفال الأكبر (في أعمار ٩-١٢ سنة) وقد شخصت جميع الحالات على أنها اختلال قلق الانفصال على اساس أنها استوفت أكثر من الحد الأدنى لمعايير التشخيص (ثلاث معايير) وكان الامر صحيحاً في ٦٩٪ من حالات الاطفال الأكبر. أما المراهقون (١٣ سنة فأكثر) فلم يختلفوا عن كل من الاطفال الصغار أو الكبار حيث كان ٧٥٪ منهم لديهم أكثر من ثلاث أعراض. وبالإضافة لذلك فقد كان هناك ثمة دليل على أن الاطفال الصغار قد اظهروا اعراضاً مختلفة عن الاطفال الأكبر أو المراهقين. وكان الاطفال الصغار أكثر توقعاً أن يقرأ وجود احلام مزعومة تشتمل على الانفصال والم.

نفسى شديد عند وجود الانفصال ورغم كثرة ماكتب عن قلق الانفصال فان قليلا فقط منها هو الذى يدور حول نتائج البحوث الامبريقية.

العلاج السلوكى:

تتوفر فى الوقت الحالى مجموعة بسيطة من التقارير حول علاج الحالات التى لديها اختلال قلق الانفصال وقد وصف مانسدورف ولوكينز (1987) Mansdorf and Iukens استخدام طريقة سلوكية معرفية لعلاج طفلين ممن لديهم اختلال قلق الانفصال والديهم. وقد رفض كلا الطفلين الذهاب للمدرسة وقد أخذوا فيما مضى فى الاستجابة للعلاج بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات. وقد قام المعالجان بإجراء تقدير للعبارة الذاتية لكلا الطفلين والديهم وحددوا وجود ونتائج عدم الحضور فى المدرسة وقد اشتمل العلاج على التدريب على التعليمات الذاتية self Instruction للطفل، واعادة البنية المعرفية cognitive restructuring للوالد واعادة البنية البيئية Environmental restructuring التى يتعلق فيها التدعيم الوالدى على حضور المدرسة وبالإضافة لذلك فقد اعيد الطفلان بالتدرج للمدرسة وكان هدف العلاج هو النهوض باستخدام الجوانب الخاصة بالتعامل مع المواقف coping بواسطة الأطفال والديهم. وعلى سبيل المثال فقد قرر أحد الاطفال الانشغال الآتى: "ان الاطفال فى المدرسة يسخرون منى". وهذا الجانب المعرفى الكاف أحل محله الجانب المعرفى التالى للتعامل "تلك مشكلتهم وليس مشكلتى وبالمثل فان والداى هذا الطفل عبروا عن الانشغال التالى: "ان طفلى مريض ولاينبغى على أن أدفعه". وهذا الجانب المعرفى الكاف أحل محله الجانب المعرفى التالى للتعامل "هذا هو الطريق لمساعدته" وقد اظهرت النتائج أن كلا الطفلين كانا قادرين على البقاء بمفردهما فى المدرسة طول اليوم بعد أربع أسابيع من العلاج. وأكثر من ذلك فانه عند متابعه حالتها بعد ثلاثة

اشهر فان المكاسب العلاجية كانت لاتزال باقية. ورغم أن هذه الدراسة تحتاج إلى تكرار مع عينة اكبر ولفتره اطول من المتابعة فانها لازالت قائمة كطريقة فعالة وواعده لعلاج قلق الانفصال الذى يشتمل على كل من الطفل والوالده.

وقد وصف بيترسون (1987) Peterson برنامجا علاجيا يشتمل على الاسترخاء واستراتيجيات المواجهة المعرفية والتخيل ونظام مكافأة، وتمرير تدريجى لعلاج قلق الانفصال لفتاه عمرها ثمان سنوات وقد كانت الطفلة تخاف من أن تكون بمفردها فى البيت حتى لعدة ثوان وتظهر قلقا توقعا شديدا حول الانفصال. وقد اشتركت الطفلة ووالدتها فى ثمان جلسات علاجية يتعلم فيها الطفل الاسترخاء العضلى العميق والتخيل الايجابى وعبارات التعامل (المواجهة) مع المواقف (مثلا: استطيع أن اقوم بذلك) وبالإضافة إلى ذلك فان الأم قد بدأت نظاما للمكافأة لزيادة الوقت الذى تقتضيه الطفلة وحدها فى المنزل وعلى مدى فترة العلاج فان الطفلة كانت قادرة على أن تقضى فترات متزايدة تدريجيا بمفردها فى البيت بينما تستخدم الفنيات السابق ذكرها ومع نهاية العلاج كانت هذه الطفلة قادرة على تحمل البقاء فى البيت بدون أن يحدث لديها ألم نفسى. وقد تناقص مقدار مائتفره من قلق عندما تكون وحدها فى البيت كما ازدادت قدرتها المدركة على البقاء بمفردها فى البيت.

٢ - اختلال القلق الزائد Overanxious disorder

أن اختلال القلق الزائد عبارة عن انشغال زائد غير واقعى. وعلى النقيض من الانشغالات المقيدة نسبيا لاختلال قلق الانفصال فان انشغالات الاطفال الذين لديهم اختلال القلق الزائد تميل إلى أن تكون متغلطة ومثابرة وقد تشتمل على تنوع من المواقف الاجتماعية والرياضية والاكاديمية، والطفل

الذى لديه اختلال قلق زائد قد ينشغل حول كل من احداث الماضى والمستقبل ويكون منشغلا بشكل زائد بأدائه فى المواقف الاكاديمية والرياضية والاجتماعية وبالإضافة إلى ذلك فإن الطفل قد يعبر عن تشكيات بدنية غامضة ويظهر حساسية ذاتية زائدة، ويتطلب إعادة تأكيد ذاته، ويشكو من توتر أو عدم قدرة على الاسترخاء. وقد وجد شتراوس وليفز ولاست وفرانسميس, Strauss, Lease, Last and Francis (1989) اعداد متكافئة نسبيا من الذكور والاناث فى عينة المرضى المترددين على العيادة من الاطفال الذين لديهم قلق زائد. وعند مقارنتهم بالاطفال الذين لديهم قلق الانفصال كان الاطفال ذوى اختلال القلق الزائد أكثر توقعا أن يأتوا من عائلات من الطبقة فوق المتوسطة فى الوضع الاقتصادى الاجتماعى كما درس شتراوس وزملائه (١٩٨٩) الفروق العمرية فى التعبير عن الامراض فى عينة عيادية من ٥٥ طفلا شخصوا على أن لديهم اختلال القلق الزائد وقرن الباحثون بين الاطفال فى سن (٥-١١ سنة) مع المراهقين فى سن (١٢-١٩ سنة) بالنسبة لتقدير الاعراض وقوائم التقرير الذاتى ورغم أن المراهقين كانوا أكثر توقعا أن يعبروا عن انشغال غير ولقى حول ملاعبة سلوكهم الماضى عما كان الاطفال الأصغر، إلا أنه لم يكن هناك فروق فى التقديرات التى وصفوا بها اعراض القلق الزائد الأخرى ومع ذلك فإن المراهقين قد عرضوا أعراض أكثر عدداً مما عرض الاطفال. واخيرا فإن المراهقين ذوى القلق الزائد قد قرروا وجود قلقا أكثر دلالة باستخدام الاستبيانات التى تعتمد على التقرير الذاتى.

العلاج السلوكى:

قدم شتراوس دراسة حالة لمعالجة اختلال القلق الزائد لدى فتاة عمرها أحد عشر سنة اطلق عليها اسم أشلى. وكانت أشلى لديها انشغال مفرط حول المستقبل وأحداث الماضى. كما كانت من النوع المكتمل (المثالى) وكانت تبحث فى الغالب عن إعادة التأكيد لملاعبة سلوكها الاكاديمى والاجتماعى،

كانت ذات حساسية ذاتية عالية جداً ولديها صعوبة في الاسترخاء. وقد أجرى تقديراً بطرق عدة بما في ذلك قوائم التقرير الذاتي ومقاييس تقدير السلوك التي يملأها المدرسون وقد وصفت اشلى نفسها على استبانات تقرير ذاتي بأنها قلقة وخائفة وحزينة ووحيدة. وقد ميزها مدرسوها على أنها قلقة ومنسحبة ومهملة اجتماعياً بين رفاقها في الفصل.

وقد تألف العلاج من حزمة من التكتلات المستخدمة بنجاح مع حالات اختلال القلق المعمم لدى الكبار. وقد اشتملت حزمة العلاج على فنيات الاسترخاء وإعادة البنية المعرفية والتدريب التوكيدي. وقد تم تطبيق عدد (٢٥) جلسة علاج فردية على مدى ستة أشهر. وقد اشتملت المرحلة الأولى من العلاج على التدريب على الاسترخاء العضلي العميق، كما اضيف نظام مكافأة لتشجيع اشلى على محاولة تدريبات الاسترخاء في المنزل. ولم تقرر وجود أى نقصان في القلق أو الانشغال عقب إكمال التدريب على الاسترخاء. وخلال هذه الفترة الأولية من العلاج راقبت اشلى الجوانب المعرفية الذاتية وكذلك القلق الشخصي. واستخدم التكرار المعرفي وإعادة البنية المعرفية لتعديل افكارها اللائكية وقد علّمت أن تعدل تفكيرها الخاطئ عن طريق التعرف على وتحدي الأخطاء المعرفية مثل الأفكار المأسوية. وقد قرر المعالج أن التقدم في العلاج كان بطيئاً ومع ذلك فيمجرد أن التقطت اشلى فكرة أن تفكيرها كان يؤثر على سلوكها فإن تقدمها كان اسرع. واشتملت المرحلة النهائية من العلاج على التدريب التوكيدي وقد استخدمت جلسات ممارسة أداء الأدوار لزيادة الاستجابة التوكيدية وبداية التفاعلات الاجتماعية. وعلى سبيل المثال فقد مارست اشلى رفض الطلبات غير المعقولة وطلبات زملائها على التليفون وقد قرر شتراوس أن حزمة المعالجة ذات المفاهيم المتعددة هذه كانت فعالة في تعديل أعراض اشلى في القلق الزائد وفي نهاية العلاج لم تعد اشلى تستوفي محكات اختلال القلق الزائد. كما نقص

تقريرها الذاتي عن القلق، والخوف والحزن والوحدة ويعد ثلاثة أشهر من العلاج فإن اشلى وولدها قرروا أن مكاسب العلاج كانت لاتزال ببقية لديها.

٣ . اختلال التجنب (الهروب) Avoidant behavior

أن الأطفال ذوى اختلال التجنب يوصفون بانهم شديدو الخجل مع الغرباء (غير المألوفين لهم) بحيث أن ذلك يؤثر على الأداء الاجتماعى فى العلاقات الاجتماعية. ومع ذلك فمثل هؤلاء الاطفال يقدررون الاشتراك فى علاقات مع الاشخاص الآخرين أى أنهم يبرهنون على قدرتهم على الاشتراك فى العلاقات المناسبة مع الاشخاص المألوفين لهم أو يعبرون عن الرغبة لتكوين الصداقات مع الرفاق.

ونادرا ما يذكر سلوك التجنب فى التراث الميكولوجى. وقد وجد كانتويل وبيكر (1987) Cantwell and Baker أن اختلال السلوك التجنبى أكثر التشخيصات شيوعا فى عينة من الاطفال الذين لديهم اختلال فى اللغة وفى محاولة لتحخيص تشخيص الاختلال التجنبى فى عينة عادية للاطفال الذين لديهم اختلال قلق وجد فرانسيس ولاست وشتراوس (1990) Francis, Last & Strass اعداداً متساوية تقريبا من الذكور والاثاث الذين شخضوا على أن لديهم اختلال تجنبى ويرتبط لاختلال السلوك التجنبى عادة مع اختلالات القلق الأخرى الموصوفة فى DSM. III R ونادرا ما يحدث كتشخيص وحيد لدى الطفل. (Francis 1992, 230).

العلاج السلوكى:

فى الوقت الحالى لا تتوفر تقارير كافية عن علاج اختلال السلوك التجنبى ولانه يعتقد أن العلاقات مع الاقرب تكون قاصرة لدى الاطفال الذين لديهم اختلال سلوك تجنبى فان استراتيجيات العلاج التى تهدف إلى معالجة

الانعزال الاجتماعي قد تكون مفيدة. غير أن مثل هذه الاستراتيجيات تحتاج إلى دراسات امبيريقية للبرهنة عليها.

ب - المخاوف المرضية (الفوبيا) Phobias

أن تشخيص الفوبيا لدى الاطفال شبيه بنفس التشخيص لها لدى الكبار. والطفل الخائف (الذى يعاني من مخاوف مرضية) يجب أن يظهر خوفاً مثابراً مع تجنب أو تحمل للخوف مع قلق مركز وإدراك أن الخوف زائد وغير معقول وأن هناك قصوراً في الاداء اليومي أو ألم نفسى حول وجود هذا الخوف وتتميز الفوبيا بكونها بسيطة أو جسمانية أو اجتماعية وتشتمل الفوبيا البسيطة الشائعة فى الاطفال على المخاوف من الحيوانات والاجراءات الطبية وتشمل الفوبيا الاجتماعية الشائعة الظهور على مخاوف من الكلام ومن تناول الطعام فى مكان عام (أى بين جمهور عام)

وتشير الدراسات الخاصة بالمخاوف الكلينيكية إلى تغير فى نوع وعدد المخاوف عبر فترة الطفولة والمراهقة. وعلى سبيل المثال فإن الاطفال الصغار يميلون إلى اظهار مخاوف أكثر ومختلفة عما يظهره الاطفال الاكبر والمراهقون ورغم أنه هناك تنافساً مرتبطاً بالعمر فى المخاوف المقررة من مخلوقات تخيلية ومن الظلام والحيوانات فإن هناك زيادة مرتبطة بالعمر فى المخاوف الاجتماعية. وبصفة عامة فقد وجد أن الفتيات يقررون وجود خوف أكبر وقلق عما يقرره الأولاد الذكور ومع ذلك يقرر جرازيانو وزملاؤه Graziano et al أنه من غير الواضح ماإذا كان المعدل العالى من المخاوف الذى تقرره الفتيات يعكس انتشاراً أعلى من الخوف لديهن أو رغبة اكبر من جانب الفتيات ووالديهن أو مدرسيهن لتقرير المخاوف، كذلك فقد وجد أن الاطفال من مستويات اجتماعية اقتصادية متباينة كانت لديهم اختلافات فى عدد ونوع المخاوف المذكورة. فقد قرر الاطفال من مستويات اقتصادية

اجتماعية منخفضة مخاوف ومشاكل أكثر عن الأطفال الذين ينحدرون من مستويات اقتصادية واجتماعية أعلى كما بينت البحوث أيضا أن الأطفال ذوي المستويات الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة كانوا أكثر توقعا أن يقرروا مخاوف من القتران والأشخاص السكرانين (الثملى) drunks بينما كان الأطفال الذين ينحدرون من مستويات اجتماعية واقتصادية أعلى أكثر توقعا أن يقرروا مخاوف من حوادث السيارات.

العلاج السلوكي:

تتوفر في هذا المجال أعداد كبيرة من المقالات حول العلاج السلوكي للخوف من المدرسة (فوبيا المدرسة) School Phobia وتطبيق طرق سلوكية مثل تعاقبات الترابطات السلوكية، والتعرض الحى (المباشر) والتعرض التخيلى، ومجموعة متنوعة ومتوافقة من الفنيات السابقة. غير أن بعض هذه التقارير يشتمل على عيوب منهجية وقد أجرى ميللر وباريت وهامب ونوبل (1972) Milleer, Barrett, Hampe & Noble دراسة جماعية عن علاج مخاوف الأطفال. ورغم أن العينة اشتملت على انواع مختلفة من الفوبيا فان غالبية العينة (69% من أفرادها) تمثل مخاوف مدرسية وقد وجه الأطفال بطريقة عشوائية لواحدة من ثلاث ظروف علاجية: عينة ضابطة (انتظار)، وعينة للتخلص التدريجي من الحساسية، والثالثة علاج نفسى. وقد اشتملت مقاييس النتائج على تقديرات الوالد والأخصائى الاكلينيكى عن التحسن وكذلك قوائم تقدير السلوك التى يملأها الوالد وتقيس الفائدة العامة. وعند اعتبار التقارير التى كتبها الاباء عن التحسن فان النتائج اشارت إلى تفوق طريقتى العلاج (مجموعتى العلاج) على المجموعة الضابطة (مجموعة الانتظار) وبدون فروق جوهرية بين للعلاج بالتخلص التدريجي من

الحساسية والعلاج النفسى. وعلى النقيض فان تقديرات الاكلينيكيين عن التحسن لم تنشر الى قرون بين المجموعات الثلاث. وهناك عديد من المشكلات المنهجية فى دراسة ميلر ورفاقه. فأولاً كان هناك مجموعة من التماثل بين ظروف المجموعتين التجريبيتين فكلا من مجموعة التخلص التدريجى من الحساسية ومجموعة العلاج النفسى اشتملت على استخدام فنيلك إجرائية نصح فيها للودان بتعديل الترابطات الخاصة بسلوك الخوف. وعلى سبيل المثال فانه فى كلا المجموعتين أرشد الأباء باستبعاد مشاهدة التليفزيون اثناء النهار إذا رفض ابنهم حضور المدرسة. وثانياً فانه لم يكن هناك أى تقرير واضح حول شدة المخاوف لدى الاطفال وكانت هناك معلومات ضئيلة متوفرة حول وجود خوف مرضى. وثالثاً: فان مقاييس النتائج كان فيها مشكلة فلم يكن الباحثون قادرين على الإبقاء على المتخصصين الاكلينيكيين الذين لم يكونوا مشاركين فى العلاج والذين اعدوا تقارير التحسن بمنأى عن معرفة ظروف العلاج وبالإضافة إلى ذلك لم يكن هناك قياس مباشر لفاعلية العلاج. وقد اتاحت قوائم تقدير السلوك التى اعدتها الأباء معلومات عن التحسن العام ومع ذلك لم يكن هناك قياسات مباشرة عن الخوف أو التجنب ورغم أن ميلر وزملاءه قدّموا اضافة للادبيات الخاصة بالموضوع عن طريق تقديم مجموعة ضابطة لعلاج مخاوف الاطفال فان المشكلات المنهجية تجعل تفسير النتائج صعباً.

أما الدراسة الجماعية الثانية عن علاج رفض المدرسة فقد أجراها بلاج ويول Blagg and Yule 1988 وقد قارن الباحثان المعالجة السلوكية والعلاج الداخلى فى مستشفى والتعليم الخاص فى البيت بالإضافة للعلاج النفسى لمجموعة من الاطفال الذين لديهم خواف مدرسى (قوبيا مدرسية) وكان اغلب الاطفال فى العينة بين ١١ ، ١٤ سنة من العمر. وقد تألف العلاج

السلوكي من اتصالات متكررة مع الجهاز الوظيفي بالمدرسة وباستخدام استراتيجيات اجرائية (مثلا يمتدح الوالدان حضور المدرسة بينما يتجاهلون التشكيكات البدنية التي تصدر عن الطفل في الصباح قبل المدرسة) وكذلك غمر واقعي (حي IN VIVO) أما مجموعة الإقامة في المستشفى فقد اشتملت على فصل فيزيقي بين الوالد والطفل وكذلك وجود بيئة علاجية، وعلاج نواتي وخطة خروج من المستشفى حول التنسكين المدرسي.

أما مجموعة التعليم الخصوصي المنزلي فقد سمح للطفل أن يمكث في البيت بينما يتلقى تدريسا تعليميا خصوصيا وعلاجا نفسيا. ولم يكن الاطفال معينين بطريقة عشوائية للمجموعات العلاجية وانما كانت هذه المجموعات العلاجية تحدث بشكل طبيعي.

وقد جمع بلاج ويول عددا من القياسات حول التوافق الانفعالي العام وكذلك تسجيلا للحضور في المدرسة، وبعد العلاج كان ٩٣,٣٪ من الاطفال الذين كانوا في مجموعة العلاج السلوكي يذهبون للمدرسة بدون مشكلات جوهرية. وكان هذا افضل بشكل واضح من معدلات النجاح في مجموعة الإقامة الداخلية بالمستشفى (٣٧,٠٪) والتدريس الخصوصي في المنزل (١٠,٠٪). وبالإضافة إلى ذلك فإن الاطفال في مجموعة العلاج السلوكي اثبتت تحسناً على قياسات التقدير الذاتي والانبساطية. وقد اتضح أن العلاج السلوكي كان اقل كثيراً في استهلاك الوقت عن غيره من العلاجات. وقد تلقى الاطفال في مجموعة العلاج السلوكي معالجة بلغت ٢,٥٣ أسبوعا من العلاج مقارنة بـ ٤٥,٣ اسبوعا من الإقامة بالمستشفى و ٧٢ أسبوعا من التدريس المنزلي الخصوصي. وقد حصلت هذه النتائج على تأييد لكفاءة الغمر الحى بالإضافة إلى الأساليب الاجرائية في علاج الفوبيا المدرسية. ومع هذه

النتائج فإن هذه الدراسات لم تكن بغير مشكلات منهجية بمافى ذلك الحاجة إلى التعمين العشوائى لمجموعات التجربة.

وفى مجال انبيات قلق الاطفال فإن الدراسة الوحيدة التى استخدمت مضاهاة العلاج أجريت بواسطة كايرنى ومسيلفرمان Kaerney and silverman. وقد وصف الباحثان عن طريق نتائج التحليل الوظيفى علاج الصغار الذين لديهم سلوك رفض للمدرسة حيث استخدمتا طريقة التخلص التدريجى من الحساسية لعلاج الاطفال الذين لديهم خوف محدد أو حالة عامة من القلق الزائد واستخدام العلاج السلوكى المعرفى أو النمذجة أو كليهما للأطفال الذين يتجنبون المواقف الاجتماعية المنفرة. كذلك فقد استخدم التعزيز التفاضلى للسلوكيات الأخرى مع الاطفال الذين ظن انهم يبحثون عن الاهتمام أو الذين لديهم قلق الانفصال. واخيرا فقد استخدمت التعاقدات المشروطة للأطفال الذين يتجنبون المدرسة بحثا عن مكافآت جوهرية لعدم الحضور. وقد اختلفت درجة تركيز العلاج على الاطفال أو الوالد تبعا لمصدر المشكلة. وقد أظهرت النتائج أن ٦ حالات من بين ٧ حالات قد تحسنت (أى انهم واطبوا على حضور المدرسة) وهذا يتسق مع علاجاتهم. ورغم بدائيتها فإن هذه الدراسة تعرض طريقة مبتكرة للعلاج تسلط الضوء على التحليل الوظيفى Functional analysis

وفى الواقع فإنه لا توجد معلومات متوفرة عن علاج الفوبيا (المخاوف) الاجتماعية لدى الاطفال وهذا الامر على نقىض مانجده من أدبيات كثيرة حول الانسحاب الاجتماعى لدى الاطفال social withdrawl وقد أجرى فرانيس وأولنديك Francis and ollendick 1990 دراسة حالة عن علاج حالة مراهق لديه فوبيا اجتماعية وذلك باستخدام التعريض المتدرج كان

المريض فتاة في السادسة عشر من عمرها لها تاريخ طويل من تجنب المدرسة مع تجنب كثير من المواقف الاجتماعية (مثل الحفلات ومحلات الشراء) ولم يكن التجنب الشديد لديها راجعا إلى خوف من حدوث حالة هلع وإنما كان نتيجة أنها تخشى اللوم أو النقد وعلى سبيل المثال فقد أصبحت شديدة القلق حول أخذ القمامة خارج المنزل إلى المكان المخصص لها وكانت تقضى الساعات للاستعداد للخروج إلى خارج المنزل . وقد شخّصت حالتها على أنها فوبيا اجتماعية من النوع المعمم Social Generalized type Phobia. وقد أظهرت استبيانات التقرير الذاتى أن هذه الفتاة قررت وجود اعراض اكتئابية وقلق جوهرية بالإضافة إلى مخاوف من التقويم الاجتماعى. ولم يكن هناك دليل على وجود نقص فى المهارات الاجتماعية كما أظهر ذلك اختبار سلوكى بطريقة أداء الدور.

وباستخدام التعريض الحى المتدرج In vivo graduated exposure تم تطوير مدرج، وقد اكملت الفتاة واجبات منزلية اسبوعية مستوحاة من هذا المدرج وكان أقل العناصر المولده للقلق فى المدرج "الذهاب إلى مركز تسويق مع شخص آخر" والوقوف فى صف على كافيتيريا لتناول الاطعمة السريعة مع شخص آخر" أما اعظم العناصر المثيرة للقلق فكانت أخذ القمامة خارج المنزل بدون الاستعداد أولاً لذلك والذهاب لحضور المدرسة طول اليوم وعلى مدى مدة زمنية ثلاثة أشهر كانت الفتاة تعرض تدريجيا لعدد من المواقف الاجتماعية. وقد مارست مهام مثل أخذ القمامة إلى خارج المنزل بعد الاستعداد لمدة لا تزيد عن ثلاثين دقيقة وركوب حافلة (الأتوبيس) مع شخص آخر والذهاب مبكرا إلى السينما والانتظار والذهاب إلى مركز تسويق وحدها. وقد بدا أن برنامج التعريض المتدرج كان معاوناً فى خفض قلقها الخاص بالتقويم الاجتماعى ومع نهاية العلاج اكملت الفتاة درجة مُعادلة

للثانوية وسجلت فى احدى كليات المجتمع وواجهت معظم المواقف الاجتماعية بقليل من القلق، وقررت وجود أعراض أقل بشكل جوهري للخوف. وقد كانت العناصر الرئيسية الداخلة فى علاج الفتاة تتمثل فى التقدير الشخصى المناسب، والمشتغل على التحليل الوظيفى لسلوكيات الهدف، واختيار التدرج القائم على اساس نتائج التقدير والاشتراك النشط للمريض فى تطوير مدرج الخوف وتحديد الواجبات المنزلية والتقدير المستمر لتقدم العلاج. كذلك فقد استخدمت فيه الاسترخاء والفنيات الاجرائية كجزء من حزم علاجية متعددة المكونات لفوبيات (مخاوف) بسيطة لدى الاطفال. وعلى سبيل المثال فقد استخدم جرازيانو وزملاؤه & Graziano Moony 1980, 1982 وجرازنانو ومونى وهويبر وإجنازاك, & Ignasiak 1979 الاسترخاء مع استراتيجيات اجرائية والتدريب على الضبط الذاتى المعرفى لعلاج الاطفال الصغار الذين كانوا يخافون من الظلام. وفى دراستهم ذات المجموعة الضابطة عالج جرازيانو ومونى (١٩٨٠) سبعة عشر طفلا من مخاوف الليل. واشتملت مجموعتهم الضابطة على ١٦ طفلا اشتركوا فى التقديرات لكنهم لم يلقوا أى علاج. وقد عين افراد البحث بطريقة عشوائية إلى المجموعة التجريبية أو للمجموعة الضابطة وتراوحت اعمار الاطفال فى المجموعة التجريبية بين ٦,٢ إلى ١٢,٣ سنة بمتوسط عمر ٩,٤ سنة. أما المجموعة الضابطة فقد تراوحت أعمار الاطفال فيها من ٦,٠ - ١٣,٥ سنة مع متوسط عمر ٩,٢ سنة وقد أظهر كل أفراد العينة مخاوف مرتبطة بالظلام لمدة متوسطها يزيد عن عامين. وقد تم مقابلة الاطفال وأبائهم لعدد جلسات اجمالى مقداره (٥ جلسات) واكملت التقديرات اثناء الجلسات الأولى والخامسة أما الجلسات الثلاثة الباقية فقد خصصت للعلاج وقد شارك كل من المجموعة التجريبية والمجموعة

الضابطة في مرحلة العلاج ومدتها سبعة أيام أمكن خلالها مراقبة المخاوف المرتبطة بالظلام وقد راقب الاطفال وأباؤهم سلوك عدم الخوف بالليل وقد اشتمل سلوك عدم الخوف على الذهاب للطفل إلى السرير خلال عشرين دقيقة من اخباره بفعل ذلك والنوم في غرفته الخاصة مع كون الاضواء والراديو مطفيين وعدم التسلل عند وقت النوم أو لثناء الليل. ثم اشتركت المجموعة التجريبية حينئذ في تكريب عائلي على ضبط الذات مدته ثلاثة اسابيع ثم أجرى تقدير بعد العلاج لكلا المجموعتين:

وقد اشتمل على مجموعات من الاباء والاطفال وخلال الإشارات الجماعية المركزة على الأطفال عُلّم الاطفال ان يسترخوا ويتخلوا مشهداً ساراً وأن يقول الطفل اني شجاع يمكن ان أرعى نفسي عندما اكون منفرداً ويمكن أن أرعى نفسي عندما اكون في الظلام كما أرشدوا أن يمارسوا هذه الممارسات كل ليلة. وانشاء العلاج الجمعي المتمركز حول الاباء أرشد هؤلاء أن يبدأ جلسة الممارسة لطفلهم كل ليلة. وبالإضافة الى ذلك فقد راقب الوالدان تقدم طفلهم واستخدموا استراتيجيات اجرائية لتقديم المكافآت الفورية للسلوك غير الخائف. وقد اعطى الاطفال بونات الشجاعة من والديهم كل صباح ومساء وكانت البونات بحيث تنتهي الى حفل في أحد مطاعم الوجبات السريعة.

أظهرت النتائج أن الاطفال في المجموعة التجريبية قد أظهروا تحسناً جوهرياً بالنسبة لمخاوف الليل بالمقارنة مع أطفال المجموعة الضابطة. وكان الاطفال المعالجون خائفين في عدد اقل من الياالي واسرع في الدخول في النوم واسرع في الذهاب للنوم وأكثر رغبة في الذهاب للسرير كما أظهروا اساليب تأخر أقل وقد نتبع جريانو وموني (١٩٨٢) كثيراً من الاطفال الذين اشتركوا

فى دراسة عام ١٩٨٠ لحوالى ثلاث سنوات تقريبا بعد انقطاع العلاج وطبقوا استبيانات تسأل الوالدين عما اذا كان طفلهم لازال خائفا عند وقت النوم أو طور مشكلات جديدة. وقد اشارت النتائج الى ان ٢٣ طفلا من ٣٤ قرروا انهم لازالون يحتفظون بالتحسن وان ٨ من ٣٤ قرروا انهم لازالون يخافون لكن اقل بكثير، وقرر ٣ من ٣٤ وجود مخاوف ليلية جوهرية. بينما كانت تقارير معظم الاطفال انهم لم يظهروا مزيد من المشكلات.

وقد وفرت دراسات جرازيانو وزملاؤه تأييدا لاستخدام الاسترخاء والاستراتيجيات الاجرائية مع استراتيجيات ضبط النفس المعرفية فى علاج حالات الخوف الليلي الشديدة فى الاطفال الصغار. ومن الملاحظ أن دراسته جرازيانو هى واحدة من الدراسات القليلة التى تعتمد على مجموعات ضابطة لدراسة نتائج العلاج فى أدبيات قلق الأطفال.

ج - اختلال الهلع: Panic Disorder

أن اختلال الهلع المصحوب بالأجورافوبيا (الخوف من الاماكن العامة) أو غير المصحوب بالأجورافوبيا قد تشخص فى الأطفال أو المراهقين باستخدام المحكات التشخيصية المحددة فى دليل التشخيص - الاصدار الرابع ١٩٩٤ (DSM-IV) ويتميز اختلال الهلع غير المصحوب بالأجورافوبيا بحالات نوبات قلق تلقائية تشتمل على أعراض سيكولوجية عديدة دون وجود سلوك تجنبى جوهري. وعلى النقيض من ذلك فإن تشخيص اختلال الهلع المصحوب بالأجورافوبيا يتطلب وجود نوبات تلقائية وسلوك تجنبى جوهري. والاشخاص الذين لديهم أجورافوبيا من المعتقد انهم يتجنبون المواقف لخوفهم من حدوث نوبات الهلع.

وتتوفر تقارير عن حالات هلع مع أوبدون أجورافوبيا فى الاطفال والمراهقين (مثلا بلاك وروبنز 1990 Black & Robbins، ولاست وشرأوس

1989 Last & Strauss) وفي الماضي فأن كثير من الصغار الذين لديهم أعراض اختلال الهلع كان يطلق عليهم "زملة التفتيس الزائد" عندما كانوا يشخصون بواسطة اطباء الاطفال.

العلاج السلوكي:

تتوفر قليل من التقارير حول علاج الأجورافوبيا لدى الصغار ويعتبر ذلك أمراً مدهشاً لحد ما إذا علمنا ان العمر النمطي لحدوث الأجورافوبيا هو المراهقة المتأخرة أوبدايات الرشد. وسوف نناقش هنا دراستين منشورتين عن الأجورافوبيا مع المراهقين وهما دراسة بارلوسيدنر 1983 Barlow & Seidner، وكولكو 1984 Kolko. وقد أجرى بارلوسيدنر علاجاً جمعياً متعدد المكونات يشتمل على استراتيجيات التعامل مع الهلع، وإعادة البنية المعرفية والتعرض المتدرج وذلك لعلاج ثلاثة مراهقين لديهم أجورافوبيا. وقد أظهر افراد البحث قصوراً جوهرياً في حضور المدرسة يرتبط باعراض الأجورافوبيا لديهم وقد اشتمل التقرير على تقديرات أسبوعية متدرجة بواسطة المراهق والوالد وكذلك استبانات معدة للتعرف على الاتصال بين الوالد والمراهق وقد اجريت تقديرات قبل العلاج وفي وسط العلاج وبعد العلاج وكذلك تقديراً تتبعياً.

أوضحت النتائج أن اثنين من الحالات الثلاث اظهر تحسناً جوهرياً على مدى فترة العلاج وعند التتبع بعد ستة اشهر من انتهاء العلاج. وفي كلا الحالتين كانت هناك انخفاضات في تقديرات مدرج القلق وبرهانا على تحسن الاتصال بين الوالد والمراهق. أما الحالة الثالثة فلم تظهر أى تحسن في سلوك الاجورافوبيا عبر فترة العلاج. وقد افترض بارلو وسيدنر أن اشراك الوالد هو مثل اشترك الزوج (أو الزوجة) عند علاج الكبار الذين لديهم أجورافوبيا يعتبر عاملاً هاماً يسهم في نجاح العلاج وقد لاحظنا أن حالاتهم

لديهم صعوبة في تحمل أى قلق أثناء جلسات الممارسة رغم عرض منطق تفصيلي للعلاج ورد الفعل هذا يخالف ذلك الخاص بحالات الكبار الذين لديهم أجورافوبيا الذين يتقبلون بصفة عامة وأن مخاوفهم تعتبر غير منطقية. وفي هذا السبيل فإن المراقبين يمكن أن يقال أنهم يشبهون حالات الكبار الذين لديهم أجورافوبيا مع حالة من المثالية ذات التقدير العالي الذين لا يستجيبون عادة للعلاج بشكل إيجابي. وكما أشار الباحثان فإن هذا يبرر إشراك الوالدين في علاج حالات المراقبين الذين لديهم أجورافوبيا لكي توفر دعماً حياً وتشجيعاً.

أما كولكو فقد وصف علاج مرافق لديه أجورافوبيا باستخدام الإرشاد المضاد وكان المريض فتاه في السادسة عشرة من عمرها وتشتكى من نوبات هلع وتتطلب مصاحبة شخص عند خروجها خارج المنزل. وقد تم تقديم العلاج باستخدام تصميم AB مع متابعة وأثناء العلاج أجرى تقدير درجة الأجورافوبيا وتم تطوير مدرج. واشتمل التقدير على: تقديرات بطريقة التقدير الذاتي أثناء التعرض للمدرج وكذلك قياسات تقدير ذاتي عن القلق والخوف. وقبل التجربة كانت المريضة قادرة على أن تكمل مهمة واحدة فقط من عشر مهام. واشتمل العلاج على إرشاد متناقض وتعرض حتى *In vivo exposure* وبشكل رئيسي فقد أرشدت المريضة إلى الاقتراب من كل موقف على المدرج بينما تركز انتباهها كلية على الخوف والأفكار والأعراض الفزيولوجية المصاحبة.

وقد أظهرت النتائج أن المريضة أظهرت خوفاً وتجنباً أقل لكل العناصر الداخلة في المدرج بعد إكمال العلاج. وبعد العلاج وعند المتابعة كانت المريضة قادرة على إكمال كل المهام العشرة التي كانت في المدرج

وابدت مستوى منخفضا من القلق فى كل المواقف. وبالإضافة لذلك فقد لوحظ وجود خفض فى الحساسية الانفعالية، وقلق السمة والحالة والخوف وذلك كما يظهر من استبيانات التقرير الذاتى.

د - اختلال الوسواس والأفعال القهرية. Obsessive Compulsive Disorder

أن اختلال الوسواس والأفعال القهرية لدى الأطفال والمراهقين يماثل ذلك الخاص بالكبار. والخاصة الرئيسة لاختلال الوسواس والأفعال القهرية هو الأفكار المزجة المتكررة وكذلك الطقوس السلوكية. ويؤدى مقاطعة هذه الأفكار والطقوس عادة إلى ألم نفس بالغ، والوسواس الشائعة تكون افكار خاصة بالموت، أو الموت أو التلوث (الاتساخ) كما أن الأفعال القهرية الشائعة تشمل على طقوس الاغتسال والفحص والملامسة والعد. واختلال الوسواس والأفعال القهرية لدى الاطفال يحتل أقل من ٢٪ من اختلالات الطفولة.

العلاج السلوكى:

معظم الدراسات المنشورة عن علاج الوسواس والأفعال القهرية لدى الاطفال تشير إلى استخدام فنيات الغمر ومنع الاستجابة (بولتون، وكولينز وستينبرج 1973 Bolton, Collins & Steinberg) وميلز وأجراس وبارلو وميلز 1973 Mills, Agras, Barlow & Mills) وستانلى 1980 Stanley) ومزاوجة الغمر مع منع الاستجابة قد تم دراسته بشكل مكثف مع حالات الراشدين الذين لديهم وسواس وأفعال قهرية ويبين أنه أفضل اختيار للعلاج.

وكمثال فان ميلز وزملائه (١٩٧٣) قد وصفوا استخدام منع الاستجابة لعلاج حالة صبي عمره (١٥ سنة) تحت العلاج فى مستشفى كانت لديه اعمال طقوسيه عند وقت النوم وفى الصباح. وبعد مضى ١٢ يوما كخط بداية أستخدِم فيها أسلوب منع الاستجابة لطقوسة التى يقوم بها فى وقت النوم

وخلال مرحلة منع الاستجابة كان هناك أحد اعضاء الفريق يبقى مع المراهق فى حجرة نومه اثناء الليل وفى خلال عشرة ايام توقفت الطقوس الخاصة بوقت النوم وبالإضافة لذلك لاحظ الباحثون انخفاض موازيا فى طقوس الصباح رغم أن طقوس الصباح لم تكن هدفا للعلاج. وانشاء العودة إلى خط الأساس فإن عضو الفريق لم يعد يبقى فى غرفة نوم المريض اثناء الليل. وقد استمر المراهق فى الإمتناع عن اظهار أى طقوس فى وقت النوم أو الصباح وحسب تقرير القائمين بالبحث فإن مكاسب العلاج قد بقيت لحوالى ٨ اسابيع بعد انتهاء العلاج لكن المراهق بدأ حينئذ فى الانخراط فى سلسلة جديدة من طقوس الاستحمام وقد امكن بعلاجات خارج المستشفى عن طريق منع الوالدين للاستجابة أن ينجحاً فى خفض طقوس الاستحمام.

كذلك فقد استخدمت فنيات الانطفاء ايضا فى علاج اختلال الوسواس والأفعال القهرية لدى الأطفال وقد لاحظ هالام 1974 Hallam أن البحث القهرى عن اعادة الثقة يكون غالبا مشكلة لدى الاطفال الذين لديهم اختلال وسواسي قهرى. وقد وصف هالام استخدام الانطفاء لعلاج فتاة عمرها ١٥ سنة داخل المستشفى ولها تاريخ من الاسئلة المتكررة عما إذا كان الناس يقولون اشياء قذرة عنها وذلك لمدة ثلاث سنوات.

ومحاولة للاستمرار فى عمل هالام أجرى فرانسيس 1988 Francis دراسة بطريقة الحالة الفردية لاستخدام الانطفاء فى علاج صبى عمره ١١ سنة كان لديه حالة اختلال وسواسي قهرى. وقد تم فحص الطفل على أساس أنه مريض فى العيادة الخارجية واستخدم العلاج بواسطة الوالدين. وكان لدى الطفل انشغالات شديدة حول الموت أو الوفاة وكذلك سلوك بحث اعادة الثقة. وفى بعض الاحيان كان يعبر عن الخوف من الموت بسبب عدة امراض وأن يثابر على توجيه اسئلة مثل "هل أصبت بالعمى؟" "هل سأموت قريبا؟" وقد وجهه الوالدان لمراقبة سلوك البحث عن اعادة الثقة أربع مرات

فى اليوم. وخلال مرحلة خط الأساس التى استمرت ثمان ايام وجه الوالدان أن يستجيبوا بطريقتهم المعتادة لبحث الطفل عن اعادة التأكيد وفى اثناء مرحلة الانطفاء التى استمرت ثمانية ايام وجه الوالدان إلى تجاهل اسئلة الطفل الخاصة بالبحث عن اعادة الثقة وذلك بالنظر أو الاشاحة واعادة توجيه المحادثة. وقد احتفظ المعالج باتصالات تليفونية متكررة مع الاسرة اثناء تلك المرحلة أما مرحلة العودة إلى خط الأساس فقد استمرت لمدة خمسة ايام واشتملت على عودة للانتباه لسلوك البحث عن اعادة الثقة فى وقت كان فيه عدد من أفراد الاسرة مستاءين وقد استمر استياء الاسرة لمدة خمسة ايام أخرى بعد انتهاء هذه المرحلة. وامتدت العودة إلى مرحلة الانطفاء لمدة ٢٠ يوما أخرى اشتملت على اعادة استخدام اسلوب الانطفاء وقد أجرى تقدير تنبئى بعد شهر من العلاج حيث راقب للوالدان سلوك الطفل لمدة ثلاثة أيام.

اشارت نتائج الدراسة إلى أن أسلوب الانطفاء كان ناجحا فى تقليل تكرار سلوك البحث عن اعادة الثقة للصفر خلال ستة أيام وخلال الانسحاب من الانطفاء ساء سلوك الطفل بشكل واضح وحدث سلوك البحث عن اعادة الثقة بمعدلات اكبر مما كانت عليه اثناء مرحلة خط البداية. وطالما اعيد استخدام اسلوب الانطفاء عاد تكرار سلوك البحث عن اعادة الثقة إلى الصفر لمدة تسعة أيام متتالية وكذلك عند التنبع بعد شهرين من العلاج وتشير البحوث حول موضوع الاختلال الوسواسى القهرى إلى الحاجة إلى تنبع بعد فترات طويلة من العلاج للتأكد من وجود نتائج طويلة الأمد للعلاج.

هـ - اختلال الضغوط ما بعد الصدمات Post-traumatic stress disorder

قد يظهر الأطفال والمراهقون اعراضاً تشير إلى اختلال ما بعد الصدمات (PTSD) والخاصية الرئيسية لهذا الاختلال وجود ألم نفسى (أساسى) مستمر فى اعقاب حادث مؤلم بدرجة غير عادية وواضحة (مثلا

كارثة طبيعية، سوء استغلال بنى) ويبقى الألم المستمر عن طريق إعادة معاشية الحادث الصدمى وتجنب المواقف المرتبطة بالحادث وكذلك الاعراض المثيرة ذات الاستثارة الزائدة.

العلاج السلوكى:

وصف سينغ استخدام الغمر فى علاج ثلاثة أطفال لديهم حالات انضغاط مابعد الصدمة يرتبط بالحرب وقد اشتمل العلاج باختصار على عرض مشاهد غمر يوجه فيها الأطفال ليتخيلوا التفاصيل الدقيقة لكل مشهد صدمى. وعلى سبيل المثال فى حالة طفل عمره ست سنوات تعرض لحادث انفجار قنبلة (saigh 1986) وقد اشتملت المشاهد المولدة للقلق على سماع صوت انفجار عالى وروية أناس يصابون والاقتراب من منطقة التسوق التى حدث فيها الانفجار ومشاهدة رجل يحمل طفلا مصابا. وخلال كل مشهد كان يطلب من الطفل أن يقرر مستوى القلق. وقد قرر الباحث ان أسلوب الغمر كان فعالاً فى خفض القلق المعبر عنه ذاتيا خلال مشاهد الغمر. وبالإضافة الى ذلك فقد أكمل الطفل اختبارات قائمة على اساس سلوكى قبل وبعد العلاج وتتطلب منه أن يعود الى مركز التسوق حيث حدث الانفجار. وعند تتبعه بعد ستة شهور من العلاج كان الطفل قادرا على اكمال ٩٥% من محكات اختبار السلوك مقارنا بـ ٤٥% فقط كان يكملها قبل العلاج.

المراجع

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual (4th edition) Washington O.C.Author.
- Barlow, P.H & seidner, P.L (1983) treatment of adolescent agoraphobia. Effects on Parent-adolescent relations. Behavioral Research and Therapy, 21, 519-526.
- Blagg, N.R & Yule, W (1984) The behavioral treatment of school refusal - A comparative study. Behavior research and therapy, 22, 119-127.
- Bolton, D., Collins, S. & Steinberg, D. (1983) the treatment of obsessive - compulsive disorder in adolescence. A report of 15 cases. British Journal of Psychiatry, 142, 456-464.
- Contwell, P.P. & Baker, L. (1987) The prevalence of anxiety in children with communication disorders. Journal of Anxiety disorders, 1, 239.
- Francis, G (1988) childhood obsessive - compulsive disorder. extinction of compulsive reassurance - seeking. Journal of Anxiety disorders, 2, 361-336.
- Francis, G. (1992) Behavioral treatment of childhood anxiety disorder in S.M.Tusner, K.S.Calhoon & H.E.Adams (Eds) Handbook of clinical behavior therapy (ended) New York: John wiles & sons.
- Francis, G., Last, C.G, & Starces, CG. (1987) Expression of Separation anxiety disorder: The roles of age and gender. Child Psychiatry and Human Development, 18, 82-89.
- Francis, G. & Ollendick, t (1990) Anxiety disorders. in E.L.Feindles & G.R. kalfus (Eds) Casebook in adolescent behavior therapy. New York, Springen.
- Graziano, a., degiovanni, I.S. & Gracia, K (1979) Behavioral treatment of children's fears: A review. Psychological Bullekin 86, 804-830.

- Graziano, A.M., & Mooney, K.C. (1980) Family self-control instruction for children's nighttime fear reduction. *Journal of consulting and clinical Psychology*. 48, 906-213.
- Graziano, A.M., Mooney, K.C. (1982) Behavioral treatment of "night fears" in children. Maintenance of improvement at 2.5 - 3 years follow-up. *Journal of consulting and clinical psychology*. 50, 398-399.
- Hallom, R.S (1974) Extinction of rwnirations: A case study. *Behavior Therapy* 5, 565-568.
- Kaerrey, C.A. & silverman, W.K (1988) measuring the function of school refusal behavior. The school refusal Assessment scale (SRAS) Paper presented at the annual heating of the Association for the Advancement & Behavior Therapy. NewYork.
- Kelko, D. (1984) Paradoxical instruction in The elimination of avoidance behavior in an agoraphobic girl. *Journal of Behavioral therapy and experimental psychiatry*. k, 51-57.
- Last, C.G. & Strauss, C.C. (1989) Panic disorder in children and adolescents. *Journal of Anxiety disorders*, 3, 87-95.
- Monsdorf, I.J. & Lukens, E (1987) Cognitive behavioral Psychotherapy for separation anxious children exhibiting school phobia. *Journal of the American Academy of child and adolescent Psychiatry*. 26, 222-225.
- Miller, L.C., Barrett, C.L., Hampe, E. & Noble, H. (1972) Factor structure and childhood fears. *Journal of consulting and clinical psychology*. 39, 264-268.
- Mills, H.L, Agras, W.S., Barlow, P.H & Mille, J.R. (1973) Compulsive Kituals treated by response prevention, An experimental analysis. *Archives of several Psychiatry*. 38, 524-529.
- Retarson, L. (1987) Not Safe at home: Behavioral treatment of child's fear of being alone at home. *Journal of behavior therapy and experimental Psychiatry* 18, 381-385.

- Saigh, P.A (1986) IN Vivo flooding in the treatment of a 6-year-old boy's Post traumatic stress disorder. Behavior Research and therapy. 6,685-688.
- Standey, L. (1980) Treatment of Mitualistiv behavior in an eight - year old girl by response prevention. A case report. Journal of child Psychology and Psychiatry 21, 85-90.
- Straauss, C.C., Lease, C.A., Last, C.G & Francis, G (1989) overanxious disorder: An examination of developmental differences. Journal of abnormal child Psychology 16, 433-443.

الفصل الرابع عشر

تطبيقات العلاج السلوكي
في مجال القلق والمخاوف الاجتماعية

لا زالت المخاوف الاجتماعية Social phobias أقل أنواع القلق فهماً رغم أن النمو المذهل في دراسة هذه الحالات في السنوات الخمس الماضية قد أتاح معلومات جديدة عن خصائصها واستجابات العلاج

ورغم أن عرض هذه الزملة المرضية يعد حديث نسبياً حيث تم عرضها لأول مرة عام ١٩٨٠ في الدليل التشخيص والاحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي الاصدار الثالث DSM-III إلا أن هذه الزملة المرضية قد وصفها هيبوقراط حيث يقول:

"خلال الخجل والتشكك والرهبة لن يرى خارج بيته...."

فهو يفضل ألا يذهب مع رفقة خوفاً من أن يمساء استغلاله أو يُحط من شأنه أو يجاوز حد الاعتدال في إيماءات أو احاديث أو أن يناله السقم حيث يظن أن كل رجل يلاحظه.." (Schcier 1991 p 349)

* اعراض المخاوف الاجتماعية:

يحدد الدليل التشخيصي والاحصائي للأمراض النفسية والعقلية الاصدار الرابع (١٩٩٤) العلامات التشخيصية التالية:

✓ (أ) خوف واضح ومستمر من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو الادائية التي يتعرض فيها الفرد لأناس غير مألوفين له أو للتفحص من قبل الآخرين، ويخاف الفرد من أنه سيتصرف (أو أن يظهر اعراض القلق) بطريقة تكون مهينة ومربكة.

ملحوظة: في الاطفال يكون هناك دليل على وجود امكانية لعلاقات اجتماعية مناسبة لل عمر مع الناس المألوفين له ويجب أن يحدث القلق في موقف الرفقة وليس في مجرد التفاعل مع الكبار

(ب) التعرض للموقف المخيف من شأنه أن يولد القلق فى أغلب الاحوال بشكل تباينى والذى قد يأخذ صورة القيد الموقفى أو نوبه الهلع.

ملحوظة: فى الأطفال قد يعبر عن القلق بالبكاء والنوبات أو التسممر أو الابتعاد عن المواقف الاجتماعية التى يوجد فيها اناس غير مألوفين له.

(ج) يدرك الشخص أن خوفه مبالغ فيه أو غير منطقى.

ملحوظة: قد تغيب هذه الخاصة لدى الاطفال.

(د) المواقف الاجتماعية أو الادائية المخيفة يجرى تجنبها أو يكون تحملها مع قلق أو أسى شديد.

(هـ) أن التجنب، أو الترتقب للقلق، أو الأسى فى الموقف (أو المواقف) الاجتماعى أو الاداء المخيف يتدخل بشكل جوهري مع النظام العادى للشخص أو أدائه المهنى (أو الاكاديمى)، أو الأنشطة الاجتماعية أو العلاقات أو أن يكون هنالك أسى حول وجود هذا الخوف.

(و) فى الأشخاص الذين تكون اعمارهم أقل من ١٨ سنة يشترط وجود العلامات لمدة ستة أشهر على الأقل.

(ز) يكون للخوف أو التجنب غير راجع إلى تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لعقار (مثلا سوء استخدام عقار أو دواء) أو إلى حالة طبية عامة ولايفسر بشكل أفضل بوجود اختلال عقلى آخر (مثل الهلع مع أوبدون الأجورافوبيا أو قلق الانفصال أو تشوه بنى أو اختلال ارتقائى عام أو اختلال الشخصية الفصامية).

✓ (ح) إذا وجدت حالة طبية عامة أو اختلال عقلى آخر فإن الخوف المذكور فى (أ) لا يرتبط به مثلاً مثل الخوف من اللججة. أو الارتعاش فى حالة مرض الشلل الرعاش (مرض باركنسون) أو إظهار سلوك شاذ فى تناول الطعام فى حالات فقدان الشهية العصبى أو الشره العصبى.

ج: يحدد ماذا كان:

معمم : إذا كانت المخاوف تشتمل على معظم المواقف الاجتماعية (كذلك خذ فى الاعتبار تشخيص اختلال الشخصية المتجنبة)

(DSM.IV P416-417)

لقد أدى التصنيف الذى أورده دليل التشخيص الذى أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسى DSM ١٩٨٠ والإصدار المعدل له DSM III. R (١٩٨٧) ثم الإصدار الرابع DSM IV (١٩٩٤) بعد النتائج التى توصل لها ماركس وجيلدر فى الستينيات (١٩٦٦) Marks Gelder إلى الاعتراف بالخوف الاجتماعى على أنه اختلال محدد بسبب عجزاً خطيراً فى الجوانب المهنية والاجتماعية.

وفى دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسى DSM IV (١٩٩٤) يعرف الخوف الاجتماعى social phobia بالمفهوم الرئيسى للخوف من الخزى و/ أو الارتباك وقد يكون الموقف الذى يخافه الشخص متقطعاً مثل الكلام أمام جمع من الناس أو تناول الطعام وسط آخرين (فى أماكن عامة) أو أن يكون مراقباً أثناء الكتابة. ويحدث تبادل فى النوع المعمم (العام) generalized حيث تكون معظم المواقف الاجتماعية مخيفة للشخص وتشمل غالباً كل مواقف الأداء المتقطعة والتفاعلات الاجتماعية مثل التحدث فى

التليفون أو بدء محادثة مع الغرباء أو حضور حفل أو التعامل مع شخص ذي سلطة والأشخاص الذين لديهم خوف اجتماعي اما انهم يتحاشون المواقف التي يخافونها أو أنهم يتحملونها مع وجود قلق بالغ. وقد يشتمل القلق على اعراض الاستشارة الذاتية (التلقائية) مثل ضربات القلب الشديدة وتصبب العرق والارتجاف واحمرار الوجه. وغالبا يكون هناك قلق متوقع ملحوظ للاحداث التي تقع في المستقبل مثل الانشغال حول حضور حفل فى وقت لاحق.

وعلى الرغم من أن الدراسات المسحية قد أوضحت نسبة اكبر للمعاناة بين الاناث عنه بين الذكور فان الشواهد العيانية تبين أن المترددين من الذكور للعلاج يمثلون ٥٠٪ من جملة المترددين على العيادات المختصة وربما يرجع ذلك إلى مؤثرات حضارية تجعل الذكور أكثر قصدا للعلاج عن الاناث. وفي الغالب فان مرحلة الخوف الاجتماعى فى البحث عن العلاج اما للخوف من أظهر ذاتهم والذي يعتبر ضمن علامات هذا المرض أو بسبب افتراضهم أن اعراض الخوف الاجتماعى ليس لها علاج.

التشخيص الفارق والمضاعفات:

أن العلاقة بين الخوف الاجتماعى، والخوف من الاماكن العامة (الأجورافوبيا) علاقة معقدة ولكن التمييز بين هاتين المجموعتين التشخيصيتين قد يتم تحقيقه بعدة أساليب. فمن الناحية الديموجرافية فان الأغلبية الاكثريية لى الخوف الاجتماعى تكون اساسا من الرجال بينما عينات الأجورافوبيا فهي ذات غالبية نسائية كذلك فان متوسط العمر الذى يبدأ فيه الخوف الاجتماعى يقع فى وسط مرحلة العقد الثانى (١٥ سنة) أى فى المراهقة المتوسطة تقريبا بينما تحدث حالات الأجورافوبيا (الخوف من الأماكن العامة) عادة فى أوائل العشرينات من العمر.

أن أعراض القلق في المخاوف الاجتماعية أكثر توقعاً أن تشمل على الحمرة واختلاج العضلات وأقل توقعاً أن تشمل على صعوبات التنفس أو الدوار (الدوخة) بشكل أكبر مما يحدث في حالات الخوف من الأماكن العامة "الأجورافوبيا" وكذلك فإن حالات الخوف الاجتماعي نادراً ما يخشون الموت أثناء نوبه القلق. بينما نجد أن كلا من نوى الخوف الاجتماعي والأجورافوبيا قد يتجنبون الأماكن العامة. ويخشى أصحاب الخوف الاجتماعي الخزي والارتباك في وجود جمهور حتى في غياب الأعراض الجسدية للقلق بينما تخاف حالات الأجورافوبيا عادة من حدوث نوبات هلع Panic attack وبينما يبحث أصحاب الأجورافوبيا عن الناس لاستبعاد القلق فإن الخائف اجتماعياً يهدأ بشكل عام بالهروب من الناس أى بالهروب إلى العزلة.

وبالرغم من هذه للعلامات أو الخصائص الفارقة فإن بعض حالات الخوف الاجتماعي تتطور لديهم حالات لجورافوبيا بالإضافة إلى الخوف الاجتماعي كما يمكن أن يحدث الخوف من تجنب المواقف الاجتماعية أيضاً كمضاعفات لنوبات هلع تلقائية وهو نوع أطلق عليه خوف اجتماعي ثانوي Secondary social phobia وقد يكون من الأفضل اعتباره مكافئاً لاختلال الهلع مع أجورافوبيا.

أن تشخيص اختلال الشخصية التجنبية Avoidant personality والنوع العام من المخاوف الاجتماعية رغم تطورها من جذور تاريخية مختلفة إلا أنهما يبدوان متقاربين في الدليل التشخيصي للأمراض النفسية والعقلية DSM IV الذي صدر عام ١٩٩٤ فكلاهما مزمن، وهى حالات تستمر مدى الحياة وتتميز بالخوف من العلاقات الشخصية. أما ما يتعلق بقضية ماذا كان من الأفضل أن نصف الحالة على أنها تنتمي إلى اختلال قلق

Anxiety Disorder (الذى تقع المخاوف الاجتماعية ضمنه أو أن نصفه على أنه اختلال شخصي Personality Disorder أو كليتهما امر قابل للمناقشة. باختلالات الشخصية الفصامية. أوقات النمط الفصامي Schizoid or schizotypal من السهل تمييزها عن الخوف الاجتماعى من خلال غياب الرغبة فى العلاقات الاجتماعية.

أن العجز الناشئ من الخوف الاجتماعى بشكل عام هو نتيجة لتجنب الأنشطة العامة وفى الصورة الغالبة لهذا الاختلال وهى الخوف من التحدث أمام جمع من الناس قد تعوق التقدم المهني للشخص الذى يعمل مديراً لمشروع تجارى على سبيل المثال ووجود الخوف الاجتماعى الأكثر تعميماً وكذلك التجنب على الطرف الآخر يمكن أن ينتج عنه رفض المدرسة وعدم القدرة حتى على مواجهة المحصل (رجل الصندوق) فى سوبر ماركت أو مجرد أن يقابل مندوب شركة التأمين أو غياب أى علاقات اجتماعية خارج الأسرة.

ثمة نوع آخر من العجز ينتج عن الاختلالات العقلية الثانوية التى قد تضاعف من الخوف الاجتماعى. فقد أوردت عدة دراسات معدلاً عالياً من العلاقة المرضية بين تعاطى الكحول (الخمور) والخوف الاجتماعى فى عدد من المجتمعات العيادية (الكلينيكية) وبشكل عام يكون حدوث الخوف الاجتماعى سابقاً على الأمان حيث يحاول المرضى بالخوف الاجتماعى مداواة قلقهم ذاتياً باستخدام للخمور حيث يقررون أن جرعات قليلة قبل مغادرة المنزل لحضور حفل (أو مقابلة لوظيفة) قد تجعل الموقف يمكن تحمله. وربما تكون النتيجة فى المدى البعيد هى أمان للخمور بالإضافة إلى الخوف الاجتماعى كما أن الخوف الاجتماعى قد يمنع المريض من الاشتراك

فى برامج العلاج من ادمان الكحول التى يكون فيها التعامل الاجتماعى مطلوباً. وكذلك فان المراهقين الخجولين خاصة الذكور منهم يظهر من التقارير انهم أكثر عرضه لسوء استخدام العقاقير والخمور (الادمان). وقد يحدث الخوف الاجتماعى كنتيجة تالية للادمان أى لادمان الكحول مثلاً وقد تنتهى مع انتهاء الادمان. وكثير من المرضى الذين لديهم خوف اجتماعى وسوء استخدام العقاقير قد يحتاجون إلى علاج نشط لكلا الاختلاين كما أن الاكتئاب هو أيضاً اختلال آخر يحدث بشكل متكرر مع المخاوف الاجتماعية وتحديد ماذا كان انخفاض الحالة المعنوية هى مظاهر لخوف اجتماعى سابق عليها أو أن الخوف الاجتماعى هو عرض من اعراض الاكتئاب يمكن أن يقود العلاج الذى يبنى أن يركز بشكل عام على الاختلال الأساسى.

الجوانب النفسية الاجتماعية:

توجد مجموعة من الاسباب الاجتماعية النفسية يفترض أنها تتدخل كعوامل فى تطور الخوف الاجتماعى. فالاشخاص ذوى الخوف الاجتماعى تكون لديهم خبرات التشويهات المعرفية فيما يتعلق باتباع سلوكياتهم المخيفة. فهم يتوقعون أن تصدر العبارات المحرجة من الآخرين وأنه ستكون هناك حمرة ستعلو وجوههم وأنها ستكون ظاهرة لكل من يراهم وسوف تؤدى بالغرباء أن ينظروا اليهم على أنهم اغبياء بل ربما لديهم اضطراب عقلى خطير. والجوانب المعرفية السابقة والوعى الزائد قد تؤدى بالتالى إلى صعوبة لدى الشخص الخائف اجتماعياً وصعوبة التركيز على الموضوع الذى يتناوله مما يؤدى إلى دورة من الاداء المتكئ وزيادة القلق المتوقع فى الموقف التالى. وعلى خلاف بعض الانواع الأخرى للخوف فان التعرض المتكرر للمواقف المخيفة فى الخوف الاجتماعى بدون اعادة التبنية المعرفية قد يعزز الخوف بدلاً من أن يطفئه ويؤيد هذا النموذج تقارير العلاج الناجح

للخوف الاجتماعي باستخدام إعادة البنية المعرفية، وإضافة لذلك فإن بعض الأفراد ذوي المخاوف الاجتماعية يبدو أنهم قد اخفقوا في اكتساب المهارات الاجتماعية الأساسية.

وتفرض نظريات النمو أن الرفض الأبوي والافكار يمكن أن تكون عوامل سببية في الموقف الاجتماعي. وقد أظهرت الدراسات الارتدادية المضبوطة أن الأشخاص ذوي المخاوف الاجتماعية يدركون إباءهم على أنهم أقل اهتماماً وأكثر تعقيداً وأكثر رقضاً وأكثر في الحساسية الزائدة وأكثر انشغالا بآراء الآخرين إذا ما قورنوا بالعينة الضابطة من الأشخاص العاديين. وهذه البيانات محدودة بالطبيعة الارتدادية لها والتي تجعل من غير المؤكد كون هذه الذكريات تعكس الانماط الوالدية الفعلية أو أنها منظور مصبوغ بالوجود المتأخر للخوف الاجتماعي.

الجوانب الفيزيولوجية:

اهتمت عدة دراسات بالخصائص الفيزيولوجية المرضية لحالات الخوف الاجتماعي التي قد تلقى الضوء على الأسباب والعلاج.

فهناك دراسات تؤكد فكرة أن الخوف الاجتماعي يعتبر إلى درجة ما حالة ذات منشأ وراثي. وقد أظهرت هذه الدراسات أن التوائم أحادية الزيجوت (التوائم المتطابقة) أكثر بشكل جوهري في درجة تماثلها في خصائص الخوف الاجتماعي.

كذلك فإن الأطفال الذين اختيروا في أعمار سنتين لأنهم كانوا خجولين بشكل بالغ وهادئين تبين أنهم في سن السابعة يكونوا هادئين حزينين متجنبين اجتماعياً لأنهم وللراشدين وقد ارتبطت الفروق السلوكية مع رد فعل أكبر للجهاز العصبي الودي المتأخر عنه لدى الأطفال الذين ليس لديهم كبح خاصة

مع تسارع أكبر فى ضربات القلب عند القيام بنشاط معرفى وكذلك عند تغيير وضع الجسم.

ان وجود اعراض الاستثارة الذاتية فى الخوف الاجتماعى وتقارير الاستخدام الناجح لكابحات بيتا للطاقة الادرينالية B - adrenergic فى علاج حالات مناظرة للخوف من الكلام امام جمهور (خوف المنصة) قد أدت الى تطوير نظرية للخوف الاجتماعى تقول بانه اختلال أونشاط محيطى للكاتيكول أمينات. ولاختبار هذا الفرض أدخل باب وزملاءه Papp et al هرمون الابنفرين (الادرينالين) عن طريق الحقن الوريدى فى احدى عشر مريضاً لديهم خوف اجتماعى ولكن مع تحقيق مستويات عالية من الابنفرين فى بلازما الدم فان مريضاً واحداً فقط هو الذى مر بقلق يمكن ملاحظته وتوحى هذه النتائج بأن الزيادة فى دوران الابنفرين تكون غير كافية لتفسير القلق فى حالة الخوف الاجتماعى. كذلك فان الحقن باللاكينات التى ثبت انها تولد الهلع لدى المرضى الذين لديهم لاختلال الهلع لاتولد هلعاً لدى حالات الخوف الاجتماعى.

أما الدراسات التى تختبر أداء الجهاز الدورى فى حالات الخوف الاجتماعى فقد أوردت ارتفاعات جوهرية فى ضربات القلب وضغط الدم أثناء التفاعل الاجتماعى والتحدث أمام جمهور بالمقارنة مع حالات ضابطة، وأوضحت أن حالات الخوف من التحدث امام جمهور كان لديها ضربات قلب أعلى وأكثر فى استمراريتها (أطول فى المدة) أثناء التحدث أمام جمهور عنه لدى حالات الخوف الاجتماعى العام أثناء التفاعلات الاجتماعية.

ثمة فرض آخر اثاره ليبويتز وزملاءه Libowitz et al ينادى بان أنظمة طاقة الدوبامين فى الجهاز العصبى المركزى قد تفقد تنظيمها فى حالة

الخوف الاجتماعي. وقد حصل على تأكيد مبدئ لهذا الفرض من بحوثه كما ظهر تقرير حديث عن تجربته مع الحيوانات كانت فيه الفئران المرباه على التوارى الاجتماعي لديها قصور في دويامين المخ بينما لم يكن الامر كذلك في الأمينات الاحادية الأخرى (Schneier, 1991 p349-353)

الخوف الاجتماعي والخجل:

قد يكون من الضروري أن نميز للزلة الاكلينيكية للخوف الاجتماعي عن ذلك الطراز الشخصى الموصوف بأنه خجول shy ولا توجد دراسه مقارنة الحالات الخجولة مع الحالات المشخصة على أنها حالات خوف اجتماعى لكن نسبة الانتشار المختلفة للمجموعتين توحى بأنهما ليسا شيئاً واحداً. وفي سلسلة من الدراسات كان الخجل موجودا لدى ٤٠٪ من طلاب الجامعات (Zimbardo, Pilkonis & Norwood 1975)، أما الخوف الاجتماعى فكان معدل انتشاره حوالى ٢٪ فقط فى عينة من المجتمع (pollard & Hendersen 1988) وقد راجع تيرنر وزملاؤه (Turnar ١٩٩٠) et al الأدبيات المتاحة وخلصوا إلى أنه على الرغم من وجود عدد من المتماثلات بين الزملتين (مثلا الملامح البدنية والمعرفية) فان هناك ايضا عددا من العوامل المميزة بخلاف معدلات الانتشار الواسعة.

فأولاً: إن درجة القصور الاجتماعى والمهنى لدى أولئك الأشخاص الذين شخّصت حالتهم على أن لديهم قلق اجتماعى تميل إلى أن تكون اكبر كثيراً عنها لدى أولئك الذين هم مجرد أشخاص خجولين.

ثانياً: يبدو أن الخجل يحدث فى سن مبكرة كثيراً عن السن الذى يحدث فيه الخوف الاجتماعى

ثالثاً: أنه من واقع المشاهد المتاحة فإن الخوف الاجتماعى حالة مزمنة غير متقطعة بينما يبدو الخجل حالة عابرة بالنسبة لكثير من الأشخاص.

رابعاً: يبدو أن التجنب Avoidance يقترن بالخوف الاجتماعى أكثر من اقترانه بالخجل وتكون شدة التجنب فى الخوف الاجتماعى أكثر منها فى الخجل.

أنواع الخوف الاجتماعى:

يحدد دليل التشخيص الخاص بالأمراض العقلية فى إصداره الرابع (١٩٩٤) DSM. IV أنه يجب أن نشخص الخوف الاجتماعى على أنه من النوع العام عندما يعيش القلق فى معظم المواقف الاجتماعية. والمرضى الذين لايتوفرون هذا المعيار يعرفون بأنهم من النوع المحدد specific وفى الواقع فإنه لا يوجد منطق وراء تقسيم الخوف الاجتماعى إلى نوعين. فضلاً عن ذلك فلم تكن هناك محكات واضحة لتحديد المقصود من عبارة معظم المواقف الاجتماعية. ورغم ذلك فإن هناك دراستين حاولتا أن تهتم بمسألة الاختلافات والتشابهات بين النوعين.

أولى هذه الدراسات هى التى قام بها هيمبرج وآخرون (١٩٩٠) Heimberg et al حيث راجعوا مجلات ٥٧ من حالات الخوف وحددوا نوع الخوف فيها، فالأشخاص الذين كانت لديهم مخاوف من التحدث أمام جمهور خصص لهم النوع المحدد من الخوف الاجتماعى، أما أولئك الذين كانت مخاوفهم فى معظم المواقف الاجتماعية أو جميعها فقد اعطوا التشخيص المعمم (العام) Generalized وكانت هناك فروق ضئيلة بين المجموعتين ولكن عندما توجد مثل هذه الفروق فإن النوع المعمم يكون أكثر شدة.

في الدراسة الثانية قام تيرنر وبيدل وتونسلي & Turner, Beidel & Townsley بتقسيم ٨٩ حالة خوف اجتماعي إلى نوعين هما: المعمم (العام) والنوعي والذين كانت لديهم مخاوف من التفاعل الاجتماعي العام مثل المحادثات الاجتماعية غير الرسمية أو حضور مناسبات اجتماعية فقد صنفوا على أن لديهم خوف معمم أما أولئك الذين كانت لديهم مخاوف ذات وجهة أدائية Performance oriented مثلا للخوف من الكلام فقد صنفوا على أن لديهم النوع المحدد من الخوف الاجتماعي.

وتبين أن افراد النوع المعمم أكثر شدة بالنسبة لوجود ألم نفسى عام اكبر، وقلق اجتماعي أعلى وصعوبة اجتماعية اكبر، وأداء اضعف بالنسبة لمهمة سلوكية. وبذلك فانه على الرغم من أن محكات التقسيم إلى نوعين غامضة فانه يوجد ثمة دليل على أنها قد تكون مفيدة بالنسبة للشدة. كذلك أوضحت الدراسات العيادية أن التصنيف إلى انواع قد تكون له قيمة تنبؤية، فحالات الخوف النوعي كانت افضل في استجابتها للعلاج بالأدوية والعلاج السلوكي عن حالات الخوف المعمم. على أنه يبدو أنه بشكل اساسى أن هذا التصنيف قد أخذ في اعتباره بعد الشدة وليس للتمييز النوعي Qualitative لأن لب الخوف في كلا النوعين واحد (وهو الخوف من التقييم السلبي)

عرض للعلاج السلوكي للخوف الاجتماعي:

خلال العقد للماضى ظهرت مجموعة من الدراسات حول اثار العلاجات السلوكية المختلفة وكذلك العلاجات السلوكية المعرفية للقلق الاجتماعي. وفي البداية تناقش الطرق التي استخدمت في علاج الخوف الاجتماعي.

أن واحدة من أولى طرق العلاج السلوكي كانت التدريب على المهارات الاجتماعية Social skill Training

وتقوم هذه الطريقة على منطق أن القلق الاجتماعي ينشأ من المهارات الاجتماعية غير الملائمة وأن اصلاح العيوب سوف يمكن الفرد من الدخول إلى المواقف الاجتماعية بآلم نفسى أقل بشكل جوهري. ورغم أن البحث الحديث يشير إلى أن فنه فرعية فقط من حالات الخوف الاجتماعي لديها مهارات اجتماعية غير ملائمة (Turnar et al 1985, Emmelcamp et al 1986) ويمكن أيضا تصوير للتدريب على المهارات الاجتماعية على أنه أسلوب اشراط مضاد Counter conditionung وللتكرار السلوكى والممارسة المبدئية فى مواقف غير مهددة (عادة فى مكتب المعالج) متبوعة بممارسة أكثر فى مواقف أكثر توليداً للقلق وهى مواقف حية (مثلا الطريقة المتدرجة Hierarchical approach كما تتسق مع نموذج الاشراط المضاد. وبذلك فإن التدريب على المهارات الاجتماعية قد يكون مفيداً لأولئك الذين لديهم والذين ليس لديهم عيوب فى المهارات.

ومنذ فترة قريبة استخدمت مجموعة واسعة من البرامج العلاجية تتضمن بعضاً مما يعد استراتيجيات سلوكية كلاميكية وأخرى ينظر إليها على أنها سلوكية معرفية. وبخلاف هذه الثنائية فإن مناقشة آليات خفض القلق التى تدخل ضمن العلاجات السلوكية لم تكن رائجة فى السنوات الأخيرة. وقد أصبح من الشائع أن يشار إلى عديد من استراتيجيات خفض الخوف بالاساليب التعرض Exposure strategies وسوف نتبع هذا المسار فى هذا الفصل. والآليات الاساسية فى هذه العلاجات كان ينظر إليها تقليدياً على أنها إما إطفاء أو اعتياد extinction or habituation (على سبيل المثال الغمر ومنع الاستجابة) أو الاشراط المضاد (مثلا التخلص التدريجى من الحساسية والاساليب المختلفة للتعرض المتدرج) وهذه الطرق لخفض الخوف قد اظهرت فاعليتها مع معظم حالات اختلال القلق، وفى بعض الحالات فانه قد

يكون لاحدى الطرق فاعلية اكبر عن الطرق الاخرى، وفي الغالب فان خصائص المريض الفردية تفرض الطريقة التى ينبغى أن تستخدم بشكل اكبر عما يفرضه نوع الاختلال. وبذلك فان الاستخدام الفعال لهذه العلاجات يتطلب معرفه بأساسها النظرى وكذلك تفهما للزملة الاكينيكية التى تعالجها.

وتختلف الطرق السلوكية المعرفية عن العلاجات السلوكية التقليدية فى تركيزها على الظواهر المعرفية وكذلك محاولتها فى أن تبدل بشكل مباشر تلك المعارف التى يعتقد أنها هامة فى الإبقاء على السلوك غير المتكيف.

عرض لحالة: (١)

أن عيادة خلالات القلق فى المعنى الغربى للطب النفسى لديها برنامج علاجى نشط لحالات الخوف الاجتماعى. وقلب هذا البرنامج هو عملية الغمر Flooding. وتصور الحالة التالية استخدام الغمر فى علاج الخوف الاجتماعى حيث تبين وصفاً للمريض وإجراءات العلاج وسوف نناقش عدة مسائل تتصل بتطبيق برنامج العلاج.

وصف المريض:

المريض شاب عمره ٢٨ عاماً أعزب. تقدم بنفسه للعلاج من مخاوف التحدث امام جمهور من الناس وكان يعانى من خجل لازمه طيلة حياته وصعوبة فى مقابلة اناس جدد. ومع ذلك فقد اصبحت هذه المشاكل جوهرية عند حصوله على منصب كمحامى وكان عليه أن يتحدث فى المحكمة. وقد تجنب التحدث العام فى المواقف كلما كان ذلك ممكناً خوفاً من أن ينظر إليه الآخرون على أنه غير متمكن وغير متعلم وغير ماهر. وفى بعض الفرص

(١) هذه الحالة مأخوذة عن: Turner, S. M, Calhoun, K. S. & Adams, H. E (1992) Handbook clinical Behavior therapy. New york: John Wiley & Sons.

عندما لم يكن بوسعه تجنب التحدث امام الجمهور فانه كان يعيش كثيرا من الاعراض البدنية somatic قبل واثاء الانخراط فى الحديث مشتملة على سرعة ضربات القلب وارتعاد يديه وساقيه وحمرة الوجه والعرق والغثيان والدوار والم الصدر وصعوبة التنفس وصعوبة فى التركيز وكان الممه النفسى من الشده بحيث جعله يفكر جدنيا فى تغيير مساره المهنى بحيث لا يكون من الضرورى عليه أن يتحدث امام الآخرين.

ويعد التقييم الأولى أضحى من الواضح أن هذا المريض قد عاش ايضا خوفا جوهريا من التفاعل الاجتماعى العام وانه يتجنب الحديث مع اناس جدد وكذلك الاشخاص الذين فى السلطة وبصفة خاصة النساء كلما كان ذلك ممكنا. وكانت هذه المواقف اشد صعوبة عليه عندما كان عليه أن يقرر رأيه أو أن يدفع عن وجهات نظره امام الآخرين. كما أنه يتجنب الأكل والكتابة وسط الناس أو ركوب المواصلات العامة والوقوف فى المصاعد المزدحمة والمغاسل خوفا من أن يقومه الآخرون فى صورة سلبية أو يلاحظوا قلقه. وفى مثل هذه المواقف كانت اعراضه مطابقة لتلك التى خبرها عندما كان يواجه بالتحدث امام جمهور من الناس ولكنها بدرجة اقل فى شدتها. وحتى يخفض قلقه فى المواقف الاجتماعية كان يشرب من ٥-١٠ كئوس من البيرة فى الحانات أو فى الحفلات وقد دخل فى مشاجرات عند الشرب كما قبض عليه لقوائمه سيارته بينما كان تحت تأثير الخمر وقد شخصت الحالة على أنها حالة "خوف اجتماعى من النوع المعمم Social phobia, Generlized subtype"

العلاج:

اشتملت خطة للعلاج على الغمر (التعريض) حيث يعرض المريض اثناء جلسات العلاج للمؤثرات البارزة للخوف فى اطار ترتيب اعتياد (أى

حتى مستوى قلقه الذاتي كما هو مقرر من ١-٨ وحدات suds ثم يعود إلى مستوى القاعدة - درجة الأساس - أو قريبا من القاعدة) وبذلك فإن طول الجلسات يحدد عن طريق استجابة المريض وقد نفذ الغمر مرتان فى الأسبوع خلال الاسابيع الثمانية الأولى (١٦ جلسة) ثم عين له واجب منزلى لمدة أربعة أسابيع اضافية وتم تنفيذ ٢٠ جلسة علاجية. وقد نفذ الغمر مبدئيا بشكل تخيلى، وبدءا من الجلسة رقم (١٠) استخدم الغمر الحى In vivo flooding فى البداية بمساعدة معالج ثم بعد ذلك بغير وجود المعالج، وقد صمم مشهد الغمر التخيلى ليشمل كل العلامات المناسبة المرتبطة بخوف المريض على النحو التالى:

انت تسير فى قاعة المحكمة حيث تحدثت عدة مرات، وبينما تنتظر حولك ترى قاضيا على المنصة وهيئة المحلفين الى جانبه وبالقى القاعة مليئة بزملاء من المؤسسة التى تعمل بها وكذلك رئيسك فى العمل ومحامون محترمون من مؤسسات أخرى ومحامون ممن حضرت معهم دراسة القانون، وبينما تقترب من مركز قاعة المحكمة لتبدأ مرافعتك وترى أن الانتباه مركز عليك وتحاول أن تبدأ الكلام ولكن الكلمات لاتخرج من فمك. وببطأ فان بعض الكلمات تبدأ فى الخروج ولكنك متوتر ولست متأكد مما تقوله، وقد أصبح عقلك فارغا (أبيض) ولاتستطيع أن تفكر فيما ستقوله بعد ذلك. وبينما تتكلم فان ساقيك ويدك ترتعدان بشكل متشدد. ومن الواضح أن الآخرين يلحظون ذلك وقلبك يدق بشكل أسرع وأسرع وانت تحس بالضيق فى صدرك. كما أن هناك غصه قد حلقك ويصعب عليك التقاط أنفاسك مما يصبح معه صعبا أن تتكلم. وبينما تنتظر حولك فى الغرفة فانك ترى بوضوح علامات عدم الموافقة. هؤلاء الناس بوسعهم أن يقرروا إلى أى حد انت عصبى وكلهم يتساطون حول مهاراتك، وكلهم يظنون انك شخص غير

مؤهل ولم يكن ينبغي أن تصبح محامياً كما أن رئيسك يرى مدى ضعف ادائك ويفكر فى أن يقترح عليك أن تغير وظيفتك. وبينما تمضى فى التحدث فإن يدك وجبهتك تبدو بوضوح أنها تتصبب عرقاً بينما صوتك ويداك وساقك تواصلان الارتعاش وتبدأ فى الاحساس بخفة فى رأسك وغثيان ويبدوا كل شخص ضجراً أو مندهشاً عن كيف استطعت أن تؤدى هذا العمل الهزيل ولكن ليس أمامك خيار إلا أن تواصل الحديث.

مبدئياً فإن هذا المريض قد خبر صعوبة فى اجراء الغمر التخليلى. وعلى سبيل المثال اثناء الجلسة الأولى ارتفع قلقه الذاتى إلى ٨ وحدات (على مقياس متدرج من ١-٨) حيثبقى كذلك على الاقل لمدة ٢٥ دقيقة وفجأة بدا حينئذ أنه توقف عن الاستجابة تماماً كما لو كان قد دخل إلى النوم. وعند سؤاله من قبل المعالج قرر المريض أنه ربما يكون قد غاب عن الوعي اثناء جلسة الغمر. ولكن من الناحية الواقعية فإن هذا المريض قد هرب من الالم النفس الذى تولد عن المشهد التخليلى بتوقيف المشاركة فى التعريض التخليلى وقد ناقش للمعالج التوازى بين سلوكه فى جلسة الغمر ونمطه المعتاد فى الهروب أو التجنب للمواقف الأخرى المماثلة وأشار إلى أنه رغم ألمه النفسى فإنه لن يستفيد من العلاج إذا استمر فى الهروب من اجراءات التعريض التخليلية.

وفى الجلسات التخليلية التالية فإن تقديرات المريض لوحداث القلق اظهرت نمط استجابة أكثر تميزاً مع زيادة القلق لاقصى مستوى أى لمستوى ٨ وحدات ثم الانخفاض حينئذ فى صورة متكرجة على مدى فترة طولها ١١٠ دقيقة، وفى بعض الاحيان فإن المريض كان لازال يهرب من المشهد لفترات زمنية قصيرة وكان من الضرورى أن يوجه لمواصلة التعريض

التخليى وكما يحدث فى الغالب فإن الجلسات التمثيلية المبذوبة قد أوضحت معلومات تتصل بعقيدة الخوف وقد اضيفت هذه العلامات للمشاهد وبعد جلسات تخيلية بلغ ذروة القلق ٥ ثم تناقص إلى درجة واحدة خلال ٤٥ دقيقة. وعند هذه النقطة ادخل الغمر بالطريقة الحية *In vivo* وجرى بالتبادل مع الغمر التخيلى واثاء الغمر الحى ارشد المريض إلى أن يقف ويتحدث أمام مجموعة من الناس قولها ثلاثة افراد (لايدخل فيهم المعالج) وقد استجاب لتساؤلات حول القانون والسياسة وابدى وجهات نظر فى عدة قضايا جنسية وعلى مدى أربع جلسات حية فان مستوى ذروة قلقه انخفض من ٥ إلى ٤.

وبعد أربعة اسابيع من جلسات الغمر الحى والتخليى المتبادلة فان مساعدة المعالج اثناء الجلسات العلاجية توقفت. وقد وجه المريض لأن يجرى تعريضا موحها ذاتيا. وعينت مواقف معينة للمريض كان يتجنبها فيما مضى (مثلا: التحدث إلى رئيسه حول حالات معينة، الاقتراب من لجنة المراجعة بخصوص حالات التحدث إلى النساء بدون أن يتعاطى أى خمور، والتحدث إلى الغرباء فى المواصلات) وفى كل حالة كان المريض يوجه إلى عدم الهروب من الموقف (مثلا يقطع مناقشة أو محادثة قبل انقطاعها الطبيعى) وكلما كان ذلك ممكنا كان يُرشد إلى البقاء فى الموقف لحين أن ينقص القلق لديه وقد أصبح قادرا على أن يدخل إلى معظم المواقف. وكلما فعل ذلك كان يقرر حدوث انخفاض فى القلق والخوف لديه حول دخول الموقف مرة أخرى. وكان بعض المواقف يستدعى تشجيعا قويا من المعالج وتأكيداً أن قلقه سوف ينخفض وأن المواقف سوف تصبح بالتدريج أكثر يسراً.

وبعد أربعة أسابيع من التعريض الموجه ذاتياً اظهر المريض زيادة جوهرية فى عدد المواقف التى استطاع أن يدخلها وكان يشعر فيها بقلق اقل عنه قبل العلاج كما كان قادراً على تحديد المواقف التى اعتاد أن يتجنبها وأن يدخل إليها وكان سعيداً بهذا التقدم. وقد انتهى العلاج عند هذه النقطة مع تفهم إلى أن أى ضيق أو قلق متبق سوف يتناقص مع مزيد من تعليمات التوجيه الذاتى فيما بعد.

وفيما بعد العلاج كان قادراً على أن يكمل عشر دقائق من التحدث بينما قيل العلاج كان ينظر الى ذلك الوقت على أنه طويل وكان ينهى الحديث فى وقت مبكر. وقد تناقص تقديره لوحداث قلقة اثناء المهمة عن تقديره قبل العلاج من أربع درجات إلى درجتين، ولدى المتابعة بعد ثلاثة أشهر من العلاج كان هذا المريض يدخل إلى مواقف اجتماعية أكثر كثيراً وكان يعايش قلقاً مقداره من ١-٣ وحدات وقد تناقصت درجة على مقياس الخوف الاجتماعى والقلق من ١١٥ إلى ٨٥ كما أن درجته على مقياس القلق الاجتماعى والأسى SAD قد نقص من ٢٤ درجة إلى ١٠ درجات وكذلك انخفضت درجة على مقياس الخوف من التقدير السلبى FNE من ٢٥ إلى ٦ درجات ونقصت درجة الخوف الاجتماعى على مقياس الخوف من (١٨) درجة إلى (١١) درجة

أن هذه الحالة تمثل كلا من شدة التعطل الاجتماعى الذى يوجد غالباً فى الشخص الذى يبحث عن العلاج من الخوف من الكلام أما جمهور fear of public وكذلك على بعض الصعوبات التى يمكن أن تحدث عند استخدام برنامج للغمر وكثيراً من المرضى يمكن أن يصبحوا متألّمين نفسياً بدرجة شديدة حتى عندما يتم التعريض فى صورة تخيلية وغالباً فانهم يحاولون أن

يهربوا وإن يقللوا من درجة تألمهم النفسى عن طريق تقييد اشتراكهم فى جلسات العلاج. وعادة فإن رد الفعل لا يكون زائدا كما حدث مع هذا المريض الذى استسلم للاغماء (فقدان الوعي) لكى يوقف الجلسة. ومع ذلك فإن بعض المرضى يحاولون جددا أن يضبطوا قلقهم عن طريق تخيل الاجزاء الأقل إيلاماً فى الشئ المخيف وحدها أو عن طريق التخييل الدقيق لانفسهم وهم يتعاملون جيداً مع المثير المخيف. وهذه الممارسات تكون وسائل رقيقة للهروب وتشوش على عملية الاطفاء. وكما حدث مع هذه الحالة يمكن التعامل مع هؤلاء بتفسير دقيق وحذر من جانب المعالج.

وقد تحسن هذا المريض بشكل واضح كنتيجة للعلاج السلوكى ولكن فى جميع الاحتمالات فإنه سيحتاج إلى الاستمرار فى وضع نفسه فى المواقف التى كانت تثير قلقه فيما مضى لكى يحافظ على هذه المكاسب العلاجية. وبالنسبة لكثير من الافراد فإن هذه المواقف تعرض لهم أنفسهم وكذلك لجمهور المتخصصين للبحث عن فرص ليست ضرورية وهناك مرضى اخرون يحتاجون أن يقوموا بترتيبات خاصة كى يواصلوا ممارستهم. (Turner et al 1994, p:3)

بعض الاساليب العلاجية السلوكية

التي يمكن استخدامها مع حالات القلق بشكل عام

يمكن استخدام الاساليب العلاجية مع حالات للقلق لتحقيق اهداف ذات وجهة مزدوجة:

فأولاً: الاساليب السلوكية يمكن استخدامها للتأثير على تغيير السلوك بشكل مباشر.

وثانياً: فإن الأساليب العلاجية السلوكية يمكن استخدامها كتجارب لجع المعلومات لاستخدامها فى خدمه التغييرات المعرفية طويلة المدى.

وفيما يلى عرض لبعض هذه الأساليب العلاجية السلوكية:

١- جدولة النشاط:

بالنسبة للمريض الذى يشعر بالتشغل شديد فلن جدوله للنشاط يمكن أن تستخدم للتخطيط لاستخدام أكثر فاعلية للوقت ويعتبر للوقت اداة رجوعية لتقدير استخدام الوقت السابق. وأداة مستقبلية للتخطيط لاستخدام الفضل للوقت من الآن.

٢- تقديرات التمكن والسرور:

يمكن استخدام جدولة النشاط ايضاً لتقدير وتخطيط الأنشطة التى تقدم للمريض شعوراً بالفاعلية وكلما زاد التمكن والسرور قلت معدلات القلق والاكتئاب، وعن طريق اكتشاف الأنشطة الأدنى أو الأعلى اثارة للقلق يمكن عمل خطط لزيادة الأولى (الأنشطة الأقل توليداً للقلق) وخفض الأخيرة (الأنشطة الأكثر توليداً للقلق).

٣- التدريب على المهارات الاجتماعية:

إذا كان اختبار المريض للواقع جيداً وكان بحاجة إلى مهارات معينة فإنه يقع على المعالج مهمة مساعدته على اكتساب المهارات أو إحالته للتدريب على المهارات الاجتماعية وقد يشتمل اكتساب المهارة أى شئ بدءاً من تعلم المريض كيف يصافح بيده إلى ممارسة المهارات الخاصة بالمحادثة

٤- التدريب التوكيدي:

كما فى التدريب على المهارات الاجتماعية فإن للتدريب التوكيدي قد يكون جانباً رئيسياً للعلاج، والمريض الذى لديه قلق اجتماعى يمكن مساعدته أن يطور المهارات التى تجعله توكيدياً بشكل مسئول.

٥- العلاج بالقراءة:

توجد مجموعة كبيرة من الكتب المتميزة يمكن تعيينها للمرضى كواجبات منزلية وتستخدم هذه الكتب لتطبيع المريض اجتماعياً أو تعليمه أساسيات نموذج العلاج والتركيز على نقاط معينة يتم مناقشتها في الجلسة أو لتقديم أفكار جديدة للمناقشة في جلسات مقبلة.

٦- التكليف بمهام متدرجة:

ويشتمل هذا الأسلوب على استخدام أسلوب تشكيل مكون من عدة خطوات تتابع نحو الهدف المرغوب، وباعداد واجب (مهمة) ثم ترتيب الخطوات الضرورية في متدرج هرمي فانه يمكن مساعدة المريض على أن يحدث تقدماً مع أقل درجة من الانضغاط وبينما يحاول المريض مع كل خطوة فانه يمكن للعلاج أن يكون وسيلة متاحة للمساعدة والتوجيه.

٧- التكرار السلوكي، اداء الاموار (تمثيل الاموار)

أن جلسة العلاج تعتبر مكاناً نموذجياً لممارسة العديد من السلوكيات ويمكن للعلاج أن يعمل كمدرس وموجه يقدم التغذية الراجعة المباشرة حول الأداء. كما يمكن للعلاج أن يراقب أداء المريض وان يقدم اقتراحات للتحسن وينمذج سلوكيات جديدة.

٨- التعريض لمثيرات حيه In vivo exposure

في بعض الاحيان نحتاج أن نتخلى عن غرفه المعالج لكي نحقق تقدماً في العلاج وعلى سبيل فانه عند معالجة مريض بالخوف فان المعالج يمكن أن يذهب معه إلى الموقع الذى يخاف منه، مثلاً الجسر الذى يحدث عنده الخوف. أو يذهب معه إلى السوق أو ينتقل معه فى الحافلة التى يخاف ركوبها أو بمعنى آخر أن يتعرض المريض لمواقف واقعية وحية تشتمل على الشيء

الذى يخاف منه، وهذا التعريض الحى يمكن أن يجمع فيه الممارسة التى تتم فى المكتب والسلوكيات التى ولدها المريض فى الواجبات المنزلية إلى خبرة عملية واقعية.

٩- التدريب على الاسترخاء:

يمكن لمريض القلق أن يستفيد من التدريب على الاسترخاء إلى القدر الذى تتضاد فيه استجابة الاسترخاء مع استجابة القلق. ويمكن التدريب على الاسترخاء فى المكتب ثم يمارسه المريض كواجب منزلى. ويمكن الحصول على أشرطه كاسيت معدة خصيصا للتدريب على الاسترخاء كما يمكن للمعالج أن يسجل شريطاً بصوته للمريض لهذا الواجب، ويشتمل الشريط الذى يعده المعالج على اسم المريض كما يمكن أن يركز بشكل خاص على الاعراض التى لدى المريض. كما يمكن تعديله بشروط حسبما يكون مطلوب.

الاساليب المعرفية التى يمكن استخدامها مع حالات القلق

١- تفهم المعنى الخاص:

ويشتمل ذلك على مساعدة المريض على توضيح تعريفاته الخاصة التى يستخدمها لمصطلحاته، وعندما يقول المريض إننى قلق" فإن المعالج يجب أن يفهم بالضبط ماذا يعنى هذا المريض بشكل خاص بكلمة (قلق)

٢- إعادة العزو:

عندما يضع المريض مسئولياته مفردة عن متاعبة على نفسه أو الآخرين فإن المعالج يمكن أن يساعد فى التأثير على توزيع أكثر منطقية للمسئولية، عندما يقول المريض أن قلقى كله يرجع لجوانب بيولوجية فإن المعالج يمكن أن يساعد على تطوير إعادة عزو، على سبيل المثال فإن المعالج يقول:

"قد يكون القلق بيولوجيا بشكل جزئى دعنا نعمل مع الجانب النفسى من القلق ونستخدم الدواء للتعامل مع الجانب البيولوجى"

٣ - تطوير بدائل:

عندما يكون لدى المريض اختيارات وبدائل للتفكير والسلوك فإنه ستكون لديه حرية كبيرة للاختيار. وطرز الاستجابة بالقلق أو الهلع تعتبر اختياراتا واحداً من بين عدة اختيارات، وعندما يستطيع المريض أن يرى اختيارات أخرى فإنه يبدأ فى فرض ضبط اكبر على افكاره وتصرفاته.

٤ - تقليل المصيبة:

أن الشخص المعرض للقلق وخاصة المريض المعرض للهلع يميل إلى المأسوية وإلى التضخيم، فالاحساس البدنى البسيط يصبح لديه مرضا خطيرا والخطأ الصغير يصبح بالغا فى حجمه وفى نتيجته. ويمكن للمعالج أن يعمل على تقليل التفكير المأسوى بمساعدة المريض على أن يولد امكانيات غير مأسوية واستراتيجيات مواجهة للتعامل مع المصائب.

٥ - تمحيص النتائج للتخيلية:

إذا اعطينا اقوى إمكانية نحو استخدام التخيل لمريض القلق فإن جعل المريض يعبر لفظيا عن الحادث الذى يخافه أو للشئ أو الموقف المخيف يساعد المعالج على أن يعرف ويفهم ما يخاف المريض أن يشترك فيه.

٦ - المزايا مقابل العيوب:

يحتاج المريض إلى تقدير الفائدة أو المزايا للنتيجة من المحافظة على صيغة معينة للتفكير والسلوك. ويسرد المزايا فى جانب (عامود) والعيوب من جانب آخر (عامود آخر) ثم وزن كل عنصر فإنه يمكن معاونة المريض للوصول إلى حل فعال وواقعى للمشكلة.

٧ - تحويل العيب إلى ميزة:

من الممكن أن نحول أى موقف معاكس لتحقيق مصلحة للشخص فمثلا فقدان علاقة يسمح للشخص أن يكون حراً فى تكوين علاقة جديدة.

٨ - توسيم أو تلقيب التحريفات Labeling of distortions

أن الخوف من المجهول هو قضية متكررة لدى مرضى القلق وكما زاد أمكن للمعالج به أن يتعرف على طبيعة القلق والمساعدة على تسميه انواع التحريفات التى يستخدمها المريض، كلما قلت درجة الرعب من العملية كلها.

٩ - الارتباط الموجه:

النمط المعرفى الشائع لدى مريض القلق هو نمط تداعى طليق free association أى أن مريض القلق يسمح لعقله أن يجرى بحرية خلال سهول المواقف المخيفة له. وبمساعدة المريض على أن يبنى للترابطات فاننا يمكن أن نساعد على ضبط وتنظيم الافكار الطائرة.

١٠ - التضخيم - التناقض:

أن كل من التضخيم والتناقض يجب استخدامها بحرص بالغ، ولكى نستخدم أى من الاسلوبين بفاعلية فان المعالج ينبغي أن يكون لديه:
أ- علاقة عمل ممتازة مع المريض.

ب- توقيت جيد.

ج- حس ممتاز للمرح.

وبدون هذه المتطلبات فان للتدخل المتناقض قد يراه المريض على أنه إهانة اوسخرية. واستخدام التضخيم يمكن أن يستخدم لمساعدة المريض على وضع افكاره المضخمة فعلا فى تحرر اكبر.

١١- تقدير درجة القلق:

بدلاً من رؤية كل الخبرات في أطراف فان تقدير درجة يسمح للمريض أن يضع خبراته في إطار مرجع الحياة. ويتطلب من المريض أن يبدأ أولاً بتقدير درجة لخبرة القلق تتراوح من صفر - ١٠٠ ويطلب من المريض أن يضع نقطة في الوسط ليحدد الوضع الراهن في إطار الحياة. مثلاً يقول المعالج: فكر في أقصى قلق كنت قد قاسيته في حياتك واعطى لهذه الخبرة الدرجة ١٠٠، والان فكر في أقصى موقف استرخاء وهدوء واعطه الدرجة صفر، على هذا للتدرج اين يقع قلقك الآن، يمكن للمرضى غالباً (وان لم يكن دائماً) أن يمروا بخبرة خفض سريع في ادراكهم لشدة القلق لديهم بمجرد أن يضعوه في إطار خبرات الحياة.

١٢- تطوير تخيل احلالي:

طالما أن القلق يستمر في التولد باستمرار من خلال خيال المريض فانه يمكن معاونة هذا المريض على تطوير خيالات للتعامل بدلاً من تخيل الفشل والقهر أو الكدر. ويستطيع المريض صنع التخييلات الجديدة عن طريق الممارسة الجيدة.

١٣- الاصوات الخارجية:

يمكن للمعالج أن يطلب من المريض أن يعبر لفظياً عن الديالوج (الحديث) الداخلي وبمجرد أن يصبح ظاهراً يمكن للمعالج أن يطلب من هذا المريض أن يبدأ في تطوير تحديات وخفض للافكار الموردة للقلق. وعن طريق تغيير الأدوار فان المعالج والمريض يمكنهما أن يمارسا استجابة أكثر تكيفاً ويمكن للمعالج أن يصبح الصوت المعيق بينما يستطيع المريض أن يمارس الاستجابة.

١٤- وقف الأفكار : thought stopping

بمجرد أن تبدأ أفكار القلق قد يكون من الصعب على المريض أن يستعيد الضبط ولكن بتقرير علامة قف، الضوء الأحمر أو ببساطة قول "توقف" فإن المريض يمكنه محاولة استعادة الضبط، ويمكن باستخدام رباط مطاطي يوضع على المعصم وعندما يحدث فكر متكرر يمكن استخدامه لأحداث صدمه للمريض في الانتباه لأفكاره بدلا من السماح لها بالانطلاق وهذا الأسلوب يجب أن يستخدم منذ اتصاله مع إعادة تركيز الانتباه على الأنشطة الضاغطة غير المولدة للقلق لكي تكون فعالة في خفض معدل وتكرار الأفكار القلقة. ويجب أن يكون المريض مهيا لاستخدام هذه الأساليب مرات عديدة قبل أن تتحقق مكاسب جوهرية.

١٥- التشتيت Distraction:

وفي الغالب يكون من غير الممكن الإبقاء على فكرتين بنفس القوة في وقت واحد، وإذا كان لدى المريض أفكار مولده للقلق فانه غالبا ماتمنع المزيد من التفكير التكييفي وبالعكس فان التفكير المركز يشتت الفرد عن الأفكار المقلقة. وعن طريق جعل المريض يركز على عملية غير معقدة أو جمع أو طرح فانه يكون من السهل تشتيته (إبعاده) عن الأفكار الأخرى (ملاحظة: يجب ألا يكون للمريض مصاب بفوبيا الرياضة أو الاعداد حيث تزيد عملية الحساب من قلقه) وجعل المريض يعد إلى ٢٠٠ أمر له فاعلية كبيرة وعندما يكون خارج البيت فانه يعد للسيارات أو الأشخاص الذين يرتدون ملابس سمراء اللون أو أى نشاط عقلي مشتت.

المراجع

- American, Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistacal manual of mental Disorders.-DSM- 1V. Washington, D.C: Author
- Beck, A.T (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders
NewYork: Intention Universities Pres.
- Beck, A.T, Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985) Anxiety disorders and phobia: A Cognitive Perspective. NewYork. Basic Books.
- Emmelkomp. P.M.G, Mersch, P.P, Vissia, E., & Vender Helm, M(1985) Social Phobia: A Comparative evaluation of cognitive and behavioral interventions. Behavior Research and Therapy. 23, 365-369.
- Freeman, A, & Simon, K.M (1989) cognitive therapy of anxiety. in A. Freeman, K.M. Simon, L. Butler & H. Arkowitz (Eds) comperhensive Handbook of cognitive therapy, pp 347-366. NewYork. Plenum Press.
- Heimlger, R.G., Hope, D.A., Podge, C.S & Becker, R.E. (1990) DSM-111-R Subtypes of social phobias: Comparion of genralized social phobias and public speaking phobias, Journal of Nervous and Mental disease , 178, 172-179.
- Liebowitz, M.R., Gorman, J.M., Eyer, A.J. & Kleim, D.F. (1985) Social Phobia: Archives of general psychiatry, 42, 729-736.
- Scheier, F.R. (1991) Social Phobia. Psychiatric Annals. 349-353.

- Turner, S.M., & Beidel, D.C. (1985) Empirically derived subtypes of social anxiety. *Behavior therapy*, 16, 384-392.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Jacob, R.G. (1991) Pharmacological and behavioral treatment of social phobia. Unpublished manuscript, University of Pittsburg.
- Turner, S.M., Beidel, D.C. & Townsley, B.M. (1990) Social Phobia: Relationship to shyness. *Behavior Research therapy* 28, 497, 502.
- Turner, S.M, Calhoun, K.S., & Adams, H.E. (1992) *Handbook of clinical behavior therapy*. NewYork: john wiley & Sons.

الفصل الخامس عشر

تطبيقات العلاج السلوكي
في مجال الاكتئاب والاختلالات المزاجية

العلاج السلوكي لحالات الاكتئاب

ربما يكون هذا العصر هو عصر الاكتئاب بعد أن انقضى عصر القلق وكذلك عصر الغضب التي أعقبت الحرب العالمية الثانية لقد بلغ الاكتئاب مبلغاً في الولايات المتحدة الأمريكية كما اجتاحت معظم بلدان العالم الأمر الذي دعا حكومة الرئيس بوش أن تفرد مشروعاً لعلاج حالات الاكتئاب.

والاكتئاب هو اختلال في الحالة المزاجية للإنسان يؤدي به إلى الحزن والتشاؤم والنظرة القاتمة للنفس وللعالم وللمستقبل وقد استعاض منه نبي الإسلام صلى الله عليه وسلم في دعائه "اللهم اني اعوذ بك من الهم والحزن واعوذ بك من العجز والكسل" والهم يرادف القلق والحزن يرادف الاكتئاب في المصطلح النفسي الحديث.

أن الاكتئاب يعد مشكلة شخصية واجتماعية ذات أهمية كبيرة إذ تشير البحوث إلى أنه أثناء رحلة الحياة للفرد في الولايات المتحدة الأمريكية يصاب شخصي بين كل خمسة أشخاص بنوبة اكتئاب كافية لتشير التشخيص والعلاج له بينما ٣% - ٥% من السكان يتعرضون لدخول المستشفى وتلقى العلاج من الاكتئاب وتوابعه Craighead, Kennedy, Reczynski & Dow 1984 وبينما كان هذا المرض ينظر إليه على أنه خاص بأواسط العمر وكبار السن فقد اضحى شائعاً بين الشباب وحتى بين الأطفال. ويعبرف على النحو التالي:

"يشير الاكتئاب إلى زملة اكلينيكية تشمل على انخفاض الايقاع المزاجي ووجود مشاعر الاستياء المؤلم وصعوبة التفكير مع تأخر حركي نفسي. وقد يختفى التأخر الحركي النفسي إذا كان الفرد يعاني من قلق أو وسوس، والاكتئاب حالة باثولوجية تدل على معناه للجهاز النفسي للفرد

والشعور بالآثام مصحوبا بنقص ملحوظ في الاحساس بالقيمة الشخصية وفي النشاط النفسي الحركي بل والنشاط العضوى أيضا وبدون وجود نواقص عضوية حقيقية. (cambell 1980)

اعراض الاكتئاب:

يمكن أن نصف حالة الاكتئاب بشكل عام بأنها حالة من العزوف عن الحياة ويحدد الدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض العقلية فى إصداره الرابع (1994) DSM IV الاعراض التالية لاختلال الاكتئاب.

١- العلامات التشخيصية لاختلال اكتئاب رئيس، ونوبه واحدة
296.2x Major Depressive disorder, single episode

أ- وجود نوبه اكتئابية واحدة رئيسية.

ب- نوبة الاكتئاب الرئيسية لايمكن ارجاعها إلى اختلال الفصام الوجدانى، أوالى اختلالى فصامى أو لاختلال ذهائى (ضلالى) أو لاختلال ذهائى غير موصف فى مكان آخر.

ج- لم تحدث اطلاقا نوبه من الهوس، أو نوبه مختلطة أو نوبه هوس خفيف.

ملحوظة: لاينطبق هذا الاستبعاد إذا كانت كل النوبات شبيهات الهوس، وشبيه النوع المختلط، وشبيه الهوس ناتجة عن عقار أو عن علاج أو راجعة للتأثيرات الفيزيولوجية لحالة طبية عامة.

حدد (بالنسبة للنوبة للراهنة أو لأقرب نوبه)

أى من محددات: الشدة/ الذهانية/ الكمون.

- مزمنة

- مع خاصة كاتاتونية (تخشبية)

- مع خصائص ميلانخوليا (انقباضية)

- مصحوب بعلامات عدم النمطية.

- حدوثه بعد الولادة.

٢- العلامات التشخيصية لاختلال اكتئاب رئيس. معاود (متكرر دورياً)

296.3x Major depressive Disorder, Recurrent

أ- وجود اثنين أو أكثر من نوبات اكتئاب رئيسيه.

ملاحظة: لكي تعتبر نوبات منفصلة يجب أن يكون هناك فترة بينة طولها شهران متتابعان لاتوجد فيها المحكات التي تحدثت في نوبه الاكتئاب الرئيسيه.

ب- نوبات الاكتئاب الرئيسيه لايمكن ارجاعها لاختلال فصامي وجداني، وليست ناتجه عن الفصام أو الاختلال الفصامي الوجداني، أو لاختلال هذاني (ضلالي) أو لاختلال ذهاني غير موصوف في مكان آخر.

ج- لم يحدث أبداً نوبه هوس، أو نوبه مختلطة أو نوبه هوس خفيف.

ملحوظة: هذا الاستبعاد لاينطبق إذا كانت النوبات الشبيهه بالهوس أو الشبيهه بالمختلطة، أو الشبيهه بالهوس الخفيف راجعة إلى استخدام مادة أو نتيجة للعلاج أو راجعة للاثار الفيزيولوجية المباشرة لحاله طبيه عامه.

حدد (بالنسبة للنوبه الراهنة أو لأقرب النوبات حدوثاً):

- موصفات الشدة/ الذهانية/ والكمون.

- مزمّن.

- مع خصائص كاتاتونية (تخشبية)

- مع خصائص سوداويه ارتدليه (ملانخوليا)

- مع خصائص غير نمطية.

حدثت بعد الولادة.

حدد:

- موصفات المسار على المدى البعيد (مع أوبدون شفاء بين النوبات)

- مصحوبة بنمط موسمي seasonal

(DSM - IV pp 344 - 345)

أما نوبه الاكتئاب نفسها الموصوفه ضمن اختلال الاكتئاب مع نوبه واحده أو الاختلال الاكتئابى مع أكثر من نوبه فهى وجود مزاج كدر أو فقدان للاهتمام والمتعة فى معظم أو كل الانشطة المعتادة وتشتمل على اختلالات الشهية للطعام، أو تغير فى الوزن، مشاعر عدم الهمية وتكنى تقدير الذات وصعوبة التركيز أو التفكير أو اتخاذ قرارات وكذلك وجود افكار حول الموت أو الانتحار أو محاولات الانتحار.

والشخص الذى يعانى من الزمله الاكتئابيه سوف يصف مزاجه بأنه مكتئب حزين يائس، هابط أو ما يشابه ذلك من الصفات أو قد يصف نفسه بأنه قد فقد لذه الحياة وطعمها.

ويحدد الدليل الأمريكى لتشخيص الامراض النفسية فى اصداره الرابع ١٩٩٤ DSM.IV العلامات (الملاح) الأتية كعلامات تشير إلى حدوث نوبه الاكتئاب التى تعتبر العلامة التشخيصية الرئيسية لاختلالات الاكتئاب الرئيسية.

العلامات الخاصة بنوبة اكتئابية رئيسية:

(أ) خمس (أو أكثر) من الاعراض التالية تكون موجودة اثناء فترة اسبوعين وتمثل تغيراً عن الاداء السابق مع عرض واحد على الأقل منها يكون أما:

(١) مزاج مكتئب.

(٢) فقدان الاهتمام والسرور.

ملاحظة: لا تدخل الأعراض التي ترجع إلى حالة طبية عامة، أو لهذات أو الهلوس غير المنسجمة مع المزاج.

(١) مزاج مكتئب معظم اليوم تقريباً كل يوم كما يدل عليه تقرير ذاتي (مثلاً اشعر بالحزن والخواء) أو الملاحظة التي يبديها الآخرون (مثلاً يبدو باكياً)

ملاحظة: في الأطفال والمراهقين يمكن أن يكون مزاج متوتر.

(٢) تناقص المتعة والسرور في كل أو معظم الأنشطة معظم اليوم وتقريباً كل يوم (كما تشير لها التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين)

(٣) انخفاض واضح في الوزن بينما لا يكون على حميه أو نتيجة رجيم أو زيادة في الوزن (تغير أكثر من ٥% من وزن الجسم في الشهر) أو نقصان أو زيادة في الشهية تقريباً كل يوم.

ملحوظة: في الأطفال اعتبر الاختفاق في تحقيق الزيادة في الوزن مؤشراً لذلك.

(٤) الأرق أو النوم تقريباً كل يوم.

(٥) تأخر حركي نفسي أو تخلف تقريباً (يلاحظه الآخرون وليس مجرد مشاعر ذاتية بعدم الاستقرار أو البطء)

(٦) التعب أو فقدان الطاقة تقريباً كل يوم.

(٧) الاحساس بانعدام القيمة أو تأثم زائد أو غير ملائم. (الذى قد يكون هذائيا) تقريبا كل يوم (وليس مجرد توبيخ الذات أو التأثم حول كونه مريضا).

(٨) تنقص القدرة على التفكير أو التركيز أو عدم القدرة على اتخاذ قرار تقريبا كل يوم (يستدل على ذلك بالتقرير الذاتي أو ملاحظات الآخرين)

(٩) أفكار معاودة عن الموت (ليس مجرد الخوف من الموت) تفكير متكرر فى الانتحار بدون خطة، أو محاولة الانتحار أو خطة محددة لارتكاب الانتحار.

(ب) لا تقابل الاعراض علامات النوبة المختلطة.

(ج) لا تسبب الاعراض اسى اكلينيكى جوهري أو قصور فى الاداء الاجتماعى أو المهنى أو غيره من مجالات الاداء الهامة.

(د) لا ترجع الاعراض للتأثيرات المباشرة الفيزيولوجية لمادة (مثلا عقار يساء استخدامه أو دواء) أو لحالة طبية عامة (مثلا زيادة إفراز الغدة الدرقية)

(هـ) لا تفسر الاعراض بالحزن العادى أى تكون اعقاب فقدان شخص محبوب أو تستمر الاعراض لأكثر من شهرين أو تتسم بقصور ملحوظة فى الأداء أو انشغال مرضى بانعدام القيمة، أو بافكار الانتحار أو الاعراض الذهانية أو تخلف حركى نفسى.

(DSM. IV, 1994, P:327)

النظريات الأساسية المفسرة لاكتئاب:

يرى هولون وبيك (١٩٧٩) Hollon & Beck أنه يمكن فهم الاكتئاب فى ضوء أربع نظريات هى النظرية المعرفية، والنظرية السيكوناميكية، والنظرية السلوكية والنظرية البيولوجية.

وتتظر النظرية المعرفية Cognitive إلى الاكتئاب على أنه نتيجة لوجود مجموعة معرفية سلبية Negative cognitive حيث يقترح بيك Beck أحد رواد هذه المدرسة فكرة وجود مثلث من الأفكار المتشائمة والنظرة السالبة للذات، وللعالم والخبرة والمستقبل. وأنه يحدث نوع من الأفكار الخاطئة رغم أن الشواهد المستقاة من البيئة تعارضها ومن أمثلة التشويه الذي يحدث في عملية معالجة المعلومات مايلي:

١ - التجريد الانتقائي Selective Abstraction

الوصول إلى صيغة للنتيجة بالنسبة لحدث معين وذلك على الاساس من تفاصيل مستقلة على حين يكون هناك تجاهل للجراهن المتناقضة والاكثر دقة.

٢ - الاستنتاج الاختياري Arbitrary inference (مجموعة استجابة)
الوصول إلى نتيجة مع غياب الدليل.

٣ - التعميم الزائد (مجموعة استجابة) Overgeneralization

استخلاص قاعدة أو فكره على أساس من حالات معين وتعميمه لمواقف غير مماثلة.

٤ - التضخيم (مجموعة استجابة) Magnification

زيادة تقدير أهمية أو حجم نتائج معينة

٥ - أما كل شيء أو لا شيء (مجموعة استجابة) All or none thinking

الميل للتفكير في صورة مطلقة.

ونرى النظرية المعرفية أن هذه الاعتقادات المعطلة وعملية معالجة المعلومات المشوشة تعمل على اكتئاب المزاج وتؤدي إلى السلبية السلوكية.

فاذا كان الشخص خاويا وكان المستقبل حزينا كما يعتقد الافراد المكتئبون فان حزنهم وعدم المبالاه مستبدو منطقية ومنسجمة مع الواقع. وتجادل النظرية المعرفية فى أن هذا التفكير الخاطئ هو الذى يقود بتوقع وعناد مآقد يبدو للمراقب الخارجى حزنا غير مفسر وسلبية هازمة للذات.

وفضلا عن ذلك فانه يبدو أن التنظيم المعرفى للشخص المكتئب يعانى من تغيير كبير يتسم بمحدودية فى العدد والمحتوى والخصائص الرسمية لمجموعة الاستجابة المعرفية وبصفة خاصة فيما يتعلق بمفهوم الذات لدى المرضى وتوقعاتهم الشخصية وميل مجموعات الاستجابة إلى أن تكون عامة وجامدة وذات إيقاع سلبى (بيك ١٩٦٤ Beck)

أما المدرسة السيكونيانية فقد ركزت على النظر إلى الاكتئاب على أنه غضب موجه داخليا نحو الذات فى اعقاب فقدان حقيقى أو رمزى (غضب لاشعورى) غير أن مجموعة كبيرة من الدراسات اثبتت أن كمية العدوانية لدى حالات الاكتئاب ليست عالية فى حين أن الاكتئاب يرتبط بالفضل بصورة اكبر من ارتباطه بالعدوان.

أما المدرسة البيولوجية فانها تعزو الاكتئاب إلى خلل فى كيمياء المخ ويصفة خاصة المواد الخاصة بالتوصيل العصبى Neurotransmitters مثل النورينفرين Norepinefrine والسيروتينين serotonin حيث يعملان على نقل السيلال العصبى بين الاعصاب عبر الوصلات العصبية ويبدو أن هاتين المادتين تتركزان فى الجهاز العصبى الطرفى ويقترح ميكلكدروت (١٩٦٥) Schildkrut فى نظريته الأولية أن النقص فى النورينفرين يقترن بالاكتئاب على حين أن زيادة هذه المادة يرتبط بالهوس وفى رأى هولون وبيك (١٩٧٩) أن النظريات البيولوجية لازالت تعتمد فى جانب كبير منها على

الدراسات الارتباطية وبذلك ليس من الواضح ما إذا كانت التغيرات فى
فيزيولوجيا المخ هى التى ينتج عنها اكتئاب أو أن الاكتئاب هو الذى ينتج
عنه تغيرات فى فيزيولوجيا المخ.

أما أصحاب المدرسة السلوكية فهم يرون أن الاكتئاب مكتسب
(متعلم) شأنه شأن أى سلوك آخر ويمكن تفسيره على أساس من
نظريات الاشرط الكلاسيكى أو الاشرط الاجرائى أو التعلم
الاجتماعى وفى الاشرط الكلاسيكى فانه لما كان من شأن مثيرات
معينه (مشروطة) أن تولد استجابات انفعاليه (مشروطة) فإن الافراد
يتجنبون مواجهة هذه المثيرات، ويرى وولبيه (1971) أن
المستويات الزائدة من القلق تتحول بشكل مباشر الى اكتئاب وهو
تفسير يقارب مدرسة التحليل النفسى. أما فى الاشرط الاجرائى فإن
المدافعين عنه يرون أن نوع ومعدل الأحداث البيئية هى العوامل
الأساسية للمرض ويرى فيرستير (1973، 1974) أن الاكتئاب قد
ينتج عن احد المواقف الثلاثة الآتية:

١- معدلات منخفضة من التدعيم (التعزيز)

٢- معدلات عالية من العقاب،

٣- استبعاد المثيرات المميزة لنتائج الاستجابة (التدعيم) أى الاطفاء.

وقد اقترح ريهم (1977) Rehm نموذجاً للاكتئاب على أساس
عيوب ضبط النفس وذلك على أساس من المفهوم الذى أعده كانفر
(1970) Kanfer ويقترب هذا النموذج من النماذج التى وضعتها
النظرية المعرفية.

ويحدد ريهم فى نمودجة التولقص الخاصة بضبط الذات فى ثلاث

جوانب هى:

مراقبة الذات، وتقييم الذات، وتعزيز الذات.

وبالنسبة لمراقبة الذات فإن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب يكونون.

(أ) منتهيين بشكل انتقائي للأحداث السالبة (البيئية)

(ب) منتهيين بشكل انتقائي الى النتائج المباشرة (الفورية) أكثر من

النتائج المؤجلة. وبالنسبة للتقويم الذاتى يكونون:

(أ) مخفقون فى استنتاج الاسباب من داخلهم.

(ب) يضعون معايير قاسية فى تقويم أنفسهم.

وبالنسبة لتعزيز الذاتى لديهم:

(أ) معدلات منخفضة من سلوكيات تدعيم (تعزيز) الذات.

(ب) معدلات عالية من سلوك عقاب الذات.

تقدير الاكتئاب:

ان اعراض الاكتئاب يمكن التعرف عليها بشكل جيد من خلال مقابله
مبدئية. وتعتمد هذه المقابلات على التقرير الذاتى للمرضى وعلى الملاحظات
انشاء المقابلة من جانب الأخصائى الاكلينيكى أو المعالج.

كذلك هناك مجموعة من المقاييس التى تهتم بالتعرف على الاكتئاب
منها مقياس هامليتون، ومقياس معهد الوبائيات، وقائمة لوبين ومقياس التقدير
لمونتجومرى واسبيرج Montgomery & Asperg ومن بين المقاييس الحديثة
مقياس بيك Beck الذى يتألف من ٢١ فقرة تقيس اعراض الاكتئاب مثل
فقدان الرغبة لتناول الطعام والميل للانتحار وتقطع النوم وفقدان الرغبة
الجنسية وغيرها وقد نقله للعربية الشناوى وخضر (انظر المراجع)

العلاجات السلوكية والمعرفية للاكتئاب:-

١ - التدريب على النشاط Activity training

طور ليوينسون (١٩٧٤) Lewinsohn واحدا من أول برامج العلاج السلوكي لحالات الاكتئاب حيث افترض ان الاكتئاب ينتج عن انخفاض في التقدير الايجابي للاستجابات أو زيادة في الخبرات المنفرة أو مجموعة من الاثنين. كما افترض ان الافتقاد الاساسى فى خبرة للشخص قد ينتج عن البيئة أو لعدم ملائمة المهارات للحصول على معززات وتقليل الخبرات المنفرة أو تناقص القيمة التعزيزية للأحداث الموجبة وزيادة القيمة التعزيزية للأحداث السالبة.

وقد وصف هويرمان وليونسون (١٩٨٥) Hoberman & lewinsohn فى وقت قريب نموذجاً فى العلاج حيث تم فيه تحديد دور الافكار والمشاعر وتفاعلها المشترك بشكل واضح ومع ذلك فقد أصر هويرمان وليونسون على ان المشاعر والافكار المرتبطة بالاكتئاب يمكن تعديلها بشكل فعال عن طريق تغيير السلوك. وفى بداية البرنامج العلاجى فإنهما يعرضان للمرضى المنطق حول الرابطة بين السلوك والمشاعر ثم انهم بعد ذلك يراقبون الأحداث والوجدان ليستجلا (يتبينوا) الرابطة بينها وبين المزاج وليتصرفوا على أهداف التدخل السلوكى.

ثم يقدم التدريب على الاسترخاء المتتابع مبكراً فى العلاج السلوكى، ويدخل الاسترخاء لخفض القلق الذى يضخم من تأثير الأحداث السالبة ويقلل من القيمة التعزيزية للأحداث الموجبة كما انه يسمح للمرضى بنجاح مبكر. ومن النتائج المثيرة للدهشة ان التدريب على الاسترخاء عندما استخدم مع حالة ضابطة فى دراسة مقارنة مع العلاج بالأميتربتلين Amitriptyline

والعلاج السلوكي والعلاج السيكودينامي المختصر فان التدريب على الاسترخاء كان افضل من العلاج للنفسى المختصر وكان مكافئاً فى الفاعلية فى العلاج الدوائى، وكان البرنامج السلوكى العام اكثرها فاعلية. وبعد التدريب على مهارات الاسترخاء فان العلاج يركز على خفض الاحداث المنفرة. وتطبيق المهارات الخاصة بالاسترخاء والتدريب على التعامل مع الانضغاط، والتدريب على السلوك التوكيدى وتعديل الافكار المعطوبة تدخل ضمن العلاج. وفى هذا النموذج يكون هناك ابتعاد عن الأساليب السلوكية الكلامية. وتعرض مجموعة من الأساليب المعرفية.

ويتختم العلاج بتعليم المرضى ان يزدوا عدد ونوع الانشطة السارة، وهذا هو لب العلاج والجزء الاكثر معلومة من البرنامج العام. والخطوة الاولى هو تكوين اهداف واقعية لزيادة عدد الاحداث السارة ثم ان المرضى يعملون لزيادة الاحداث الممتعة باستخدام مهاراتهم المعرفية والسلوكية التى سبق ان تعلموها. وأخيراً فان هذه أنشطة تقترن مع أمزجة موجبة وتنمى خطط معينة لزيادة احتمالية ان يزداد انشغالهم بهذه الأنشطة وتلقى الأنشطة الاجتماعية اهتماما خاصا وتصبح الاهداف أعلى بشكل متزايد بينما يستمر البرنامج نحو التمام.

وقد اظهرت طريقة لوينسون السلوكية فى علاج الاكتئاب فاعلية عندما طبقت بشكل فردى أو فى جماعات تعليم نفسية بغير فروق بين انماط العلاج. وكلا من برنامج التعامل مع الاكتئاب والعلاج الجمعى والعلاج الفردى القائمة على هذا النموذج تقوم بشكل واسع على اساس من البرامج السلوكية بدلا من الارتكاز الضيق على التدخل بأحداث سارة.

٢- التدريب على المهارات الاجتماعية:

اقترح بيلاك وهيرسين وهيلمهوك (١٩٨١) Beellack, Herson & Himmelhock برنامجاً جيد التخطيط وشاملاً للتدريب على المهارات الاجتماعية كعلاج للاكتئاب ويفترض هذا البرنامج ازدياد ووفرة الأحداث السالبة الابينشخصية ونقص نمبى فى الأحداث الابينشخصية الايجابية كعوامل مسببة للاكتئاب، وتكون الجوانب الوظيفية للاكتئاب مثل قلقى الاهتمام والشقة ودعم السلوكيات المرتبطة بالاكتئاب أهدافاً للتغيير - ويسمح التغيير للمرضى بان تكون لهم تفاعلات اجتماعية اكثر ايجابية.

ويتضمن برنامج العلاج بالتدريب على المهارات الاجتماعية المكون الشهير للتدريب على السلوك التوكيدى Assertion training مثل رفض الطلبات غير المنطقية، والتعبير عن عدم الموافقة، اجراء الطلبات، والمصالحة والمفاوضة. وكذلك يدخل ضمن البرنامج المهارات التوكيدية الايجابية مثل ابداء الاعجاب، والتعبير عن الوجدان، وتقديم الموافقة والتقدير، والاعتزاز. كذلك هناك مكون ثالث هو مهارة المحادثة التى تتألف من بدء محادثة وتوجيه الاسئلة، وانهاء المحادثة. وهذه المهارات يتم تقديمها فى مجموعة من المواقف التى تشمل على تفاعل مع الغرباء، واصدقاء، وافراد الاسرة وزملاء العمل أو الدراسة. يستخدم المعالج التدريب الجنبلى والتدريب الجزائى (النمذجة، والممارسة الموجهة، ولعب الأدوار) مع الاختبار فى بيئة طبيعية للتأكد من أن هذه المهارات تُستخدم.

وبالاضافة الى محتوى التدريب على المهارات فان ثلاث مكونات أخرى تدخل بشكل صريح فى كل جلسة. الأول هو التدريب على الادراك الاجتماعى حيث يجرى تعليم الادراك الدقيق للآخرين بواسطة المعالج بشكل ثنائى ويمارس ضمن أنشطة أداء الأدوار أما ثنائى هذه المكونات فهو

ممارسة المهارات الملوكية المتعلمة حديثا حيث يؤكد مقدم البرنامج على ضرورة التكرار لتأكيد التنفيذ والاستمرار. أما المكون الأخير فهو التقويم الذاتى والتدعيم الذاتى لمن يدخل للبرنامج مثل الأشخاص الذين لديهم اكتئاب كنتيجة لتقويم انفسهم فى صورة اكثر سلبية عما يدل عليه الاداء. ويتم تعليم المرضى أن يقوموا أداءهم الشخصى ثم يزودون بتصويب عندما يعطون لانفسهم درجات منخفضة للغاية. كما انهم يُعلمون ان يدعموا انفسهم بعبارات ايجابية عندما يؤدون أداء جيدا.

وقد أوضحت البحوث التى قام بها هيرسين وبيلاك وهيميلهوك وزيس (١٩٨٤) Hersen, Bellack, Himmelhoch & Thase قاعلية التدريب على المهارات الاجتماعية فى علاج حالات الاكتئاب فقد قرن هؤلاء الباحثون أربع مجموعات:

- (أ) التدريب على المهارات الاجتماعية + حبوب وهمية
- (ب) التدريب على المهارات الاجتماعية + اميتربتلين
- (ج) اميتربتلين.
- (د) علاج نفسى + حبوب وهمية.

وقد تبين للباحثين عدم وجود فروق بين المجموعات الأربع وانها جميعا فعالة على مقياس للاكتئاب كما كان هناك ميزة اضافية للأفراد الذين تلقوا تدريبا على المهارات الاجتماعية حيث اظهروا تحسنا اكبر على مقياس للتفاعل الاجتماعى.

٣- العلاج المعرفى:

بالطبع فان المجال يضيق عليه ان نسرد جميع الطرق المعرفية التى يمكن استخدامها لعلاج حالات الاكتئاب. والطريقة التى نختارها هنا هى طريقة بيك فى علاج الاكتئاب. والعلاج المعرفى للاكتئاب هو علاج مختصر

نسبياً يركز على علاج الاعراض لدى مرضى الاكتئاب ويقوم على اساس نموذج بيك الذى يفترض ان الاكتئاب ينتج عن اعتقادات أو مخططات عقلية Schemas غير تكيفية. وهذه بدورها تؤدي الى سلسلة من الأفكار التلقائية المرتبطة بها ذات الطبيعة السلبية والتي تشتمل على مجموعة من الأخطاء المنطقية التى تنتظم حول موضوعات معينة مثل التقويم الاجتماعى، والصراع الاسرى، والأداء فى العمل. والاعتقادات غير التكيفية والأفكار السلبية التلقائية. وتبقى كلها على المكونات الثلاثية السلبية التى تتكون من النظرة السالبة للذات وللعالم وللمستقبل. والغرض من العلاج المعرفى هو إعادة تدريب الفرد ليفكر بشكل أكثر منطقية وواقعية وليعدل الأفكار الأساسية.

ويبدأ العلاج المعرفى بعرض النموذج للمرضى الأمر الذى يساعدهم على ان يفهموا العلاقات بين المعرفة والسلوك والعاطفة ويتبنى العلاج المعرفى علاقة تعاونية مع المرضى كما يجرى تعليم المرضى أن ينظروا لانفسهم كعملاء شخصيين منشغلين بالتعرف على وتقديم الأفكار التلقائية والاقتراضات.

ويتم الحصول على فهم اكبر للعلاقة بين المواقف والعواطف وجوانب أخرى من خلال المراقبة الذاتية على سجل يومية تدون فيه الافكار العطبة (الخاطئة). ويعد ان يتعلم المرضى مراقبة الذات بشكل مناسب يبدأون فى تقويم افكارهم للبحث عن الأخطاء المنطقية التى قد تشتمل على الاستنتاج الاختيارى، والتجريد الانتقائى، والتعميم الزائد والتضخيم والتهوين والشخصانية، والتفكير فى كل أولأشئ ثم يُعلمون بعد ذلك ان يحلوا أفكاراً أكثر معقولة بدلا من الأفكار التلقائية السلبية.

أما المكون الأخير فى العلاج فهو التعرف على وتوضيح انماط الأفكار التلقائية أو موضوعاتها والتي يفترض انها انعكاسات للاعتقادات غير التكيفية أو الفرضيات الصامتة. ويمكن أن تشمل على اعتقادات مثل "أنا لا أصلح لشيء" "يجب على أن أكون مكتملاً" أو "ينبغي على ان أكون محبوباً من كل شخص" وبعد التعرف على هذه الفرضيات الصامتة يوجه المرضى نحو اختبار صدق هذه للفرضيات. وعندما يصل المرضى الى هذه المرحلة يواصل المعالجون مساعدتهم على حل المشكلة، واعداد اختبار مناسب لاختبار الفروض، والنهوض بالممارسة للمهارات المتعلمة حديثاً. ومن المأمول انه مع نهاية العلاج فإن المرضى سوف يستمرون فى اختبار الفروض بأنفسهم.

المراجع

الشناوى، محمد محروس، خضر، على السيد: الاكتئاب وعلاقته بالشعور بالوحدة وتبادل العلاقات الاجتماعية، المؤتمر الرابع لعلم النفس، القاهرة ١٩٨٨.

- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical manual for Mental diseases (4th ed) Washington D.C. Author.
- Beck, A.T (1964) Thinking and depression: the theory and therapy Archives of General psychiatry, 10, 561-571.
- Bellack, A.S., Hersen, M. & Himmelhoch, J.M.B (1981) social skills Training for depression: A treatment manual. Journal supplement Abstract service Catalog of selected documents in psychology 10,92.
- Compell, R.J. (1981) Psychiatric Dictionary (5th ed) NewYork. Free press.
- Craighead, W.E (1980) Away from qunitary model of depression, Behavior Therapy, 11, 122-128.
- Craighead, W.E (1990) There is a place for us: All of us, Behavior Therapy, 21, 3-23.
- Ferster, C.B (1973) A functional of depression. American Psychologist, 28, 857-870.
- Hersen, M., Bellack, A.S., Himmelhoch, J.M. & Thase, M.E (1984) Effects of social skill training, armtripty line and Psychiatry in unipolar depressed women. Behavior therapy, 15, 21- 40.
- Hoberman, H.M. & Lewinshon, P.M. (1985) The behavioral treatment of depression, in E.E. Beckham & W.R. leber (Eds) Handbook of depression: Treatment, Assessment & Research: Homewood, IL. Dorsey press.

- Hollon, S.D. & Beck, A.T (1979) Cognitive therapy of depression. (in) P.C. Kendall. & S. D. Hollon (Eds) cognitive. - Behavioral interventions: Theory, Research and procedures. NewYork: Appleton - Century - crofts.
- Kendall, P.C., & Hollon, S.D. (1979) Cognitive - Behavioral interventions, Theory, Research, and procedures. NewYork: Academic press.
- Montgomry, S.A., & Asloery, M. (1979) A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry 134, 382 - 389.
- Rehm, L.P. (1977) A self - Control model of depression Behavior Therapy, 8, 787 - 804.
- Schildkrut, J.I. (1965) The catecholamine hypothesis of affective disorders, American Journal of Psychiatry. 122, 509-522.
- Turner, S.M., Calhoun, K.S. & A dams, H.E. (1992) Handbook of clinical Behavior Therapy ; 2nd ed. NewYork. John wiley sons.
- Wolpe, J. (1971) Neurotic depression. Experimental analog, clinical syndrome and treatment. American Journal of psychotherapy. 25, 362-368.

الفصل السادس عشر

تطبيقات العلاج السلوكي
في مجال المتخلفين عقلياً

يعتبر مجال رعاية المتخلفين عقليا من المجالات التى تستخدم فيها اساليب العلاج السلوكى (تعديل السلوك) بشكل اساسى لاكتساب هؤلاء الأطفال المهارات اللازمة للسلوك التكيفى فى معالجة السلوكيات غير المناسبة.

وفى المعتاد فان اساليب تعديل السلوك القائمة على اساس من نظرية الاشرط الاجرائى (ب. ف. سكينر) هى اكثر الاساليب شيوعا فى مجال رعاية وتأهيل حالات التخلف العقلى وهذا لاينفى استخدام اساليب أخرى تقوم على اساس من نظرية الاشرط الكلاسيكى (بافلوف) ونظرية التعلم الاجتماعى (باندورا). وسوف نناقش فى هذا الفصل مجموعة من الاساليب المستخدمة فى تعديل سلوك حالات التخلف العقلى..

١ - التعزيز الايجابى:

تعتمد برامج التعزيز الايجابى التى تستخدم بهدف تكوين سلوك مرغوب لدى الفرد أو تقوية هذا السلوك اذا كان موجودا بدرجة محدودة، على تقديم معززات فى اعقاب الاستجابة المرغوبة مما يودى الى تعزيز هذه الاستجابة ومعاودة ظهورها وتختلف هذه البرامج فيما بينها فقط فى نوع المعززات التى تستخدم.

أ - استخدام الأطعمة والحلوى:

استخدمت الأطعمة وما شابهها من عصائر وغيرها فى أحداث تغيير فى سلوك الأشخاص المتخلفين عقليا. وفى المعتاد أن يترتب على تقديم الأطعمة والحلوى لثار طيبة نظراً لكون هذه المواد تعتبر معززات أولية (أى ان أثرها التعزيزية لاكتسب من خلال التعلم وإنما ترتبط بحاجات اساسية موجودة لدى كل البشر، وتستخدم فى هذا المجال الوجبات الكاملة، الفطائر،

الكعك، الحلوى، الشيكولاته، العلك (اللبان)، الأيس كريم، والعصائر وما يشابهها. وعلى سبيل المثال فقد استخدم ويتمان وزملاؤه (١٩٧٠) Whitman et al الحلوى مع التشجيع وذلك لتعزيز تكوين سلوك التفاعل الاجتماعي بين طفلين لديهم تخلف عقلي شديد وكذلك انسحاب حيث كان الطعام يعطى للطفلين مكافأة على لعبهما مع بعضهما (حيث كانا يقومان بدرجة كرة فيما بينهما أو تلوين الصور مع بعضهما)، وقد ازداد التفاعل الاجتماعي كما امتد الى موقف لم يقدم فيه المعزز (الطعام)

ورغم ان الطعام كمعزز قد ثبت فاعليته الكبيرة فان عددا من جوانب القصور قد قيدت وحدث من استخدامه. ذلك أن فاعلية الطعام تتوقف الى حد بعيد على نوع الطعام المستخدم، ومن المعروف أن لكل شخص تنوقه الخاص وبذلك فانه ربما يعطى طعام ذو مذاق وطعم معين تعزيزا لسلوك بينما لايعطى آخر هذا التعزيز ومن المشكلات فى هذا الاسلوب ماينشأ عن الخطوات المتبعة، فقد لوحظ انه عند العمل مع جماعة وأردنا أن نعزز سلوك فرد ما عند ظهور هذا السلوك فان معنى ذلك تعليق التعزيز للآخرين الى حين ظهور السلوك مما يكون له اثر على المجموعة. وكذلك فانه من الجانب الأخلاقى يكون من الصعب أن نعطي طفلا طعاما ولانعطيه لطفل آخر... وهذه الجوانب تجعل الاعتماد على الطعام كمعزز أمراً صعباً.

ب - التغذية الراجعة: Feedback

إن تزويد الفرد الذى قام بالسلوك بمعلومات حول أدائه يعمل غالبا كمعزز بالنسبة للأشخاص المتخلفين عقليا وبصفة خاصة حالات التخلف البسيطة Mild. وبينما تعتبر التغذية الراجعة أمراً ضمنيا فى أى معزز، فانه يمكن أن نستخدمه كسلوب قائم بذاته فى صورة معلومات عن نتائج أداء

الشخص. ومن الأمثلة في هذا الجانب ما قام به جينز وشوريز (١٩٦٩) Jens & Shores حيث حاولا زيادة انتاجية العمل لدى الراشدين من المتخلفين عقليا في مهمة تجميعية (أى تجميع منتج معين ينتج أولا في شكل أجزاء) يقومون بها يوميا. وقد استخدم الباحثان اسلوب التغذية الراجعة بتقديم معلومات شفوية حول معدلات العمل، غير أن هذه الطريقة لم تحقق نتيجة طيبة. فقام الباحثان باستخدام اسلوب التوضيح بالرسم على لوحات لتوضيح ذلك مما أدى الى تحسين معدلات الأداء بشكل ملحوظ.

ان ما يتميز به اسلوب التغذية الراجعة (أو ترجيع المعلومات) هو أنه اسلوب سهل نسبيا في تقديمه سواء كان في صورة لفظية (كلامية) أو في صورة مكتوبة. غير ان البحوث قد أوضحت أن هذا الاسلوب يقل في تأثيره عن استخدام المعززات الأخرى بالنسبة لحالات التخلف العقلى مثل استخدام الامتداح واطهار الاستحسان والقبول وكذلك استخدام فوش (بونات) التعزيز Tokens.

جـ - الاستحسان الاجتماعي Social Approval

يشتمل هذا الاسلوب على الامتداح وابداء الاهتمام وكذلك المصاحبة الدالة على الرضا مثل الربت على الكتف أو المصافحة كتعبير عن التقدير وتعبيرات الوجه مثل الابتسام والتعبير عن السرور. وهذا الاسلوب له فاعلية عالية الى درجة بالغة. وقد استخدمت هذه الاساليب من التعزيز الاجتماعي بشكل كبير بواسطة من يقومون على تعديل سلوك الاطفال المتخلفين عقليا مثل الوالدين والممرضات والمدرسات والملاحظين المناوبين.

وقد استخدم هوبكنز (١٩٦٨) Hopkins التعزيز الاجتماعي لتكوين سلوك الابتسام لدى الأطفال المتخلفين الذين كانوا يبكون دائما في حزن

والكتتاب . وكان من بين الأساليب التي استخدمت لهذا الغرض. اى لزيادة الابتسام) هو زيادة الاهتمام الذى يلقاه هؤلاء الاطفال نتيجة سلوكهم. وقد حمل أحد الأطفال لافتة (على ملابسه) تقول: "اذا ابتسمت تحدث معى واذا بدا على الحزن فتجاهلنى" وكان هذا الطفل مسبوقا بطفل آخر يلفت انتباه الاطفال الى هذه اللافتة المكتوبة على ملابس الطفل. وقد أدنى استخدام هذا الأسلوب الى زيادة ملحوظة فى سلوك الابتسام. وعندما استبدلت اللافتة بعبارة أخرى تقول: اذا ابتسمت فتجاهلنى كانت النتيجة انخفاض الابتسام مما يدل على الضبط القوى الذى يحققه الاهتمام الاجتماعى على السلوك.

ان الاحداث الاجتماعية الى تعقب الاستجابات لها عدة مميزات كمعززات (إيجابية). فهى من السهل تقديمها على المستوى الجماعى وكذلك على المستوى الفردى. كما أن تقديم الامتداح لاتحدث معه المضاعفات التى تصاحب المعززات الأخرى (مثل الطعام). كذلك فان الامتداح أو القبول الاجتماعى لا يستغرق وقتا طويلا ولذلك من الممكن أن نقدمه مباشرة بغير حاجة الى تأجيل ولايؤدى الى توقف السلوك الذى يقوم به الفرد (مثلا يمكن أن نربط على كتف طفل وهو يؤدى مهمة من المهام بينما هو يستمر فى ادائها) كذلك فان التعزيز الاجتماعى لا يخضع لظروف الموقف ولا لعامل الحرمان كما يحدث بالنسبة للأطعمة والحلويات. وكذلك نجد من المزايا الهامة فى الأحداث الاجتماعية الى تقديمها كمعززات مثل الامتداح وتوجيه الاهتمام للفرد انها أحداث تحدث طبيعيا وتكرر فى مواقف كثيرة فى الحياة اليومية. وبالتالي تنتقل الى خارج غرفة التدريب أو مركز التأهيل اكثر مما يحدث بالنسبة للسلوكيات التى تتكون باستخدام معززات أخرى.. والقيد الوحيد الموجود فى استخدام المعززات الاجتماعية هو أن الامتداح، والموافقة، واستخدام التعبيرات الاجتماعية كتعبيرات الوجه لاتعمل

كمعززات لكل الاشخاص، ذلك أن هذه المعززات تعتبر معززات ثانوية (بمعنى انها تكتسب قيمتها التعزيزية من خلال التعلم عن طريق الاقتران الشرطى مع معززات أولية مثل الطعام) وبالتالي نجد أن بعض الاشخاص لا يستجيبون لهذه المعززات الاجتماعية لانهم لم يتعلمونها غير انه من الممكن إكساب الأشخاص الذين نعمل معهم القيمة التعزيزية لهذه المعززات عن طريق مزاجتها مع معززات أولية مثل الأطعمة.

د - استخدام السلوكيات الأكثر احتمالية: High - Probability Behaviors

(قاعدة بريماك)

إذا اعطينا للأشخاص الفرصة للالتخراط فى مجموعة متنوعة من السلوكيات فان بعض الأنشطة سوف تلقى أقبالا أكثر من الأنشطة الأخرى وهذه الأنشطة تقع اختيار الأفراد عليها بتكرارات كبيرة يمكن أن تستخدم كمعززات لتلك السلوكيات التى كان أختيارها بتكرارات أدنى (بريماك ١٩٦٢ Premack) وهذه العلاقة يشار إليها عادة بقاعدة بريماك Principle وهى تفترض أن المميزات التى تحظى بها الأنشطة التى تال اختياراً أكثر تجعلنا نستخدمها كمعززات لتلك الأنشطة التى يكون احتمال اختيارها قليلا.

وقد عرض باتمان (١٩٧٥) Bateman مثالا جيدا على استخدام قاعدة بريماك حيث أمكن أن يزيد عمل شبابين من المتخلفين عقليا فى موقعين مختلفين وكان هدف التجربة هو زيادة الوقت الذى يمضيه كل منهما فى أعمال لا تلقى تفضيلا كبيراً (ذات تفضيل منخفض لديهما) وكذلك انقاص الوقت الذى يمضيانه اثناء فترات العمل بدون انتاج (مثلا: التحديق فى الفضاء أو الكلام مع الآخرين) وبعد ملاحظة الباحث للأداء فى مهام متنوعة

أمكن استخدام العمل فى المهام التى تلقى تفضيلا عالياً لكل منهما فى تعزيز العمل فى مهام أقل تفضيلا. بمعنى أن يتم تعليق القيام بالمهمة التى يحبها الشخص ويقضى فيها أطول وقت على قيامه بالمهمة الأقل تفضيلا لديه. وقد أدى ذلك الى زيادة أداء كل منهما بالنسبة للمهمة التى كانت تحظى بأدنى تفضيل لديه وأدى ذلك الى خفض الوقت الذى يضيع أثناء العمل. ان استخدام السلوكيات الأكثر احتمالية فى اختيارها كمعزز للسلوكيات الأقل احتمالية فى اختيارها تعتبر طريقة مفيدة لانها متاحة فى معظم المواقف.

وعلى سبيل المثال فانه فى مؤسسات الإقامة الداخلية فان الاشتراك فى برامج الترويح، مغادرة الجناح الذى يقيم فيه، الجلوس مع الاصدقاء فى أوقات الطعام يمكن أن نقرنه مع أداء السلوك الذى نود أن نزيده. غير انه ثمة تصور فى هذه الطريقة متباينا عندما لا تتوفر الانشطة بشكل مباشر بحيث يمكنها أن تعقب الاداء المطلوب، فمثلا إمكانية التحدث الى صديق حميم قد لايتوفر لنا فى داخل ورشة عمل نريد أن نزيد سلوك الفرد فى أداء مهمة بها عند قيامه بالأداء المطلوب. وكذلك اذا كان الطفل يحب بعض الرياضات (الانشطة الرياضية) فان هذا لايتوفر بشكل مباشرة عند إنجازه مهمة فى حجرة الدراسة.

ومن الواجب أن يقدم المدرب الذى يعمل على تعديل السلوك أو المعالج بنكوتين مجموعة من الانشطة الأكثر احتمالا أن يختارها الأفراد حتى لايقيد نفسه بنشاط أو اثنين قد لا تلقى قبولا من بعض أفراد المجموعة التى يعمل معها. كذلك يجب مراعاة الجوانب الانسانية والأخلاقية فى اختيارنا للانشطة التى نستخدمها كمعززات ونعلق توفرها للفرد على قيامه بسلوك معين فلا نعلق مثلا اعطاء الفرد فرصة للراحة أو للمشى فى حديقة المعهد

أو الاشتراك في الأنشطة الاجتماعية على القيام بهذه السلوكيات التي نود أن نفرسها فيه. ويمكن التغلب على هذا الجانب بتوليد أنشطة كثيرة مرغوبة بعيدا عن تلك الأنشطة التي لا يكون من المناسب أن نعلقها كمعززات للسلوك

هـ - بونات أو فيش التعزيز Tokens

تعتبر البونات معززات ذات طابع خاص فهي تشمل على جميع لنقاط أو عملات معدنية أو قطع بلاستيكية ملونة أو بطاقات ألوما شابه ذلك بحيث يمكن لمن يجمع عددا معينا منها أن يستبدل بها معززات أخرى (مثل الطعام أو الهدايا أو فرصة الاشتراك في نشاط أو رحلة الخ) ونظام التعزيز الذي يقوم على اعطاء بونات يشار اليه عادة باسم اقتصاد البونات Token economy وقد شاع استخدام هذا الأسلوب بشكل واسع في برامج العلاج والتأهيل والتعليم. ويتلخص هذا الأسلوب في أن الشخص الذي نعدل سلوكه، عندما يأتي بالسلوك المرغوب نعطيه بوناً (فيش)، عندما يتجمع لديه عدد من هذه الفيش فإنه يمكن أن يستبدلها بأشياء مثل الأطعمة، والشيكولاتة، الهدايا، تذاكر الاشتراك في حفلات أو في أنشطة. أي أنه يستبدله بمعززات أخرى. وهي بذلك تعمل عمل النقود.

وقد تم باستخدام هذا الأسلوب تعديل سلوك أحد الشبان المتخلفين عقليا في إطار برنامج للتأهيل حيث كان هذا الشاب يقوم ببعض التصرفات العدوانية واللقاء الأوراق والمهمات داخل المباني. وكان كلما جاء بالسلوك المرغوب تكوينه فيه وهو اللقاء الأوراق قى سلة المهمات يتلقى شيكا صغيراً عبارة عن بطاقة ملونة وعندما يجمع خمس بطاقات منها يذهب الى المقصف ليختار شيئا واحدا مما يعرضه المقصف. وقد نجح هذا الأسلوب في تعديل سلوك هذا الشاب.

وقد استخدم اسلوب الاقتصاد الرمزي (الفيش) فى برامج رعاية المتخلفين عقليا لتكوين السلوكيات المرغوبة مثل ترتيب السرير الذى ينام عليه الفرد، ارتداء الملابس المناسبة للأنشطة المختلفة، الاستحمام بشكل منتظم، تصفيف الشعر، النظافة، حضور برامج معالجة الكلام، أو التكريب المهنى فى المواعيد المحددة لها. والاشتراك فى الالعاب الجماعية وغيرها من الأنشطة المرغوبة. وعادة فإن البونلات التى يتلقاها الفرد تكون قابلة للاستبدال بأطعمة، ومشروبات خفيفة مثل العصائر والمياه الغازية وبعض الملابس مثلا الفانلات المطبوعة أو الجوارب، الروائح العطرية، بعض الألعاب أو استئجار بعض الأجهزة مثل أجهزة التسجيل أو الآلات الموسيقية. وقد أوضحت الدراسات التقويمية التى أجريت عن أثر هذه البرامج فى أحداث التعديل المرغوب فى سلوكيات الأطفال المتخلفين عقليا المقيمين فى معاهد (مؤسسات) داخلية، أن هذا الاسلوب ذو نتيجة فعالة فى تعديل السلوك، وبصفة خاصة فى مجال الرعاية الذاتية (مثل النظافة الشخصية) والسلوكيات اللفظية والاجتماعية.

وتحتل فيش التعزيز بمجموعة من المميزات تجعل منها اسلوبا جديرا بالاستخدام فى برامج تعديل السلوك. ومن هذه المميزات انها أكثر فاعلية فى تغيير السلوك عن أحداث أخرى مثل الامتداح والقبول الاجتماعى والارتجاع للمعلومات. كذلك فإن هذه الفيش يمكن استبدالها عادة بكثير من المعززات الأخرى وهى بذلك لاتخضع للحرمان والالتشبع الذى يقلل من قيمة الأطعمة والطوى ومما يشابهها كمعززات، كما أنها تتنوع تنوعا كبيرا فى صورتها من اطعمة الى ملابس الى هدايا الخ... مما توفر معها الفرصة لكل فرد أن يجد ما يحبه كذلك فإن استخدام الفيش يخلصنا من مشكلة توقيف النشاط لاعطاء المعزز. كذلك فإنه فى البرامج الجماعية فإن هذا الاسلوب

الموحد فى شكله (الفِشَات) يتيح تنوعا كبيرا عند استبداله بمعززات طبقا لما يختاره الفرد نفسه ونرى أن هذا ينمى فى الفرد سلوكا آخر هو سلوك الاستقلالية فى الاختيار وهو امر نسمى لتكوينه لدى الشخص المتخلف عقليا.

أما العيوب التى يشتمل عليها نظام البونات فهى انها قد تشتمل على معززات قد لا توجد فى البيئة الطبيعية للفرد ولذلك فمن الأفضل عندما يبدأ السلوك فى التكوين أن تستبدل بمعززات أخرى. ومن عيوب هذا النظام أن الأطفال يأتون ببعض التصرفات الخاطئة مثل سرقة البونات من بعضهم، أو أحيانا الحصول عليها بالقوة باستخدام أسلوب العدوان، كذلك يحتاج هذا النظام الى متابعة حسابية من حيث تسجيل البونات المنصرفة وما توازيه من قيمة وما يقابل ذلك من اشياء منصرفة من المقصف مثلا مقابل هذه البونات وهذه الصعوبات تجعل من أسلوب اقتصاد البونات أصعب فى التنفيذ من الأساليب الأخرى. غير أن المميزات التى نكرناها عن هذا الأسلوب تجعل منه أسلوبا مناسباً فى تعديل السلوك وتجعل العيوب المرتبطة به ضئيلة بجانب فائدته.

٢ - التعزيز السلبى Negative Reinforcement

التعزيز السلبى يشتمل على استبعاد حادث منفر بعد استجابة ما يترتب عليه زيادة احتمالية وقوع هذه الاستجابة وهذا الأسلوب من أساليب تعديل السلوك لا يستخدم بشكل كبير فى برامج تعديل سلوك الأفراد المتخلفين عقليا. فعندما نريد زيادة سلوك مرغوب لدى الأشخاص المتخلفين عقليا فانه من المناسب ان نستخدم أسلوب التعزيز الإيجابى والذى ثبت أن له فاعلية تفوق فاعلية التعزيز السلبى وقد حاول المعالجون والمدرسون الذين يقومون بالتدريب على تعديل السلوك فى برامج المتخلفين عقليا تجنب أسلوب التعزيز

السلبى لانه يحتاج الى وجود أو ايجاد حادث منفرد نسعى إلى استبعاده بعد حدوث الملوك المرغوب، والاعتماد على انخال هذه الأحداث المنفرة الى واقع الأشخاص المتخلفين عقليا الذين نحاول تعديل سلوكهم قد يوقننا فى مشكلات اخلاقية Ethical نكون فى غنى عنها باستخدام اساليب أخرى منها التعزيز الإيجابى. كذلك فإن تقديم الأحداث المنفرة (غير المرغوبة) قد يؤدي الى ردود فعل انفعالية سيئة بل الهرب من الموقف أو تجنبه. (كازدين ١٩٧٥)

على أنه بالرغم من وجود هذه المشكلات التى ذكرها كازدين عن استخدام اسلوب التعزيز السلبى فقد ظهرت بعض الدراسات التى استخدم فيها الباحثون هذا الاسلوب وعلى سبيل المثال فقد قام والى وتوف Wheley 1970 باستخدام صدمة كهربائية (خفيفة) فى برنامج يعتمد على التعزيز السلبى لزيادة استخدام طفل متخلف للألعاب (بمعنى أن تتوقف الصدمات عندما يلعب بالألعاب) وقد كان اللعب بالألعاب ضروريا حيث كان يشجع الطفل على الانشغال فى نشاط بيديه بدلا من ضرب رأسه بشدة طول الوقت. وقد قدمت لعبة للطفل عبارة عن سيارة نقل كما استخدمت الصدمة وصوت أزيز بحيث يتوقفان عندما يلمس الطفل هذه السيارة بيديه وقد أصبح الطفل يتجنب الصدمة والصوت المزعج له بان يمسك للعبة بيديه. وقد استبدل باللعبة لعبة أخرى وتم الاستغناء عن الصدمة بينما بقى صوت الأزيز ليعمل كحادث منفرد (يلاحظ أن الصوت قد اكتسب تأثيره المنفر من اقترانه مع الصدمة لفترة ويفسر ذلك من خلال الاشرط الكلاسيكى). وفى نهاية التجربة أصبح الطفل يستخدم لعباً كثيرة وتوقف عن ضرب رأسه.

على انه مما ينبغى ذكره فى هذا المقام انه ليس من الضروري ان تعتمد البرامج التى تستخدم اسلوب التعزيز السلبى على أحداث منفردة من

شأنها أن تحدث آلام أو مضايقات بدنية. فعلى سبيل المثال امكن استخدام التشويش على العرض التليفزيون كحادث مضايق وذلك لضبط العمل الذى يقوم أحد الأفراد المتخلفين ممن لديهم حالة تخلف بسيط، فعندما كان معدل عمله ينزل عن مستوى معين يجرى نوع من التشويش على الصورة التى تظهر فى التليفزيون الذى يشاهده ولكى يُزال هذا التشويش كان عليه أن يزيد سرعته الى المستوى المطلوب وقد نتج عن استخدام هذا الاسلوب زيادة معدلات العمل الاسبوعية. واستخدام الحادث المنفر (مثلا التشويش على صورة التليفزيون) بعد حدوث السلوك يمثل نظاما للعقاب. ومن ثم فان مطابقة الفرد ان يقوم باستجابة معينة لاستبعاد الحادث المنفر يعتبر تعزيزا سلبيا.

٣ - العقاب Punishment

سبق القول بان العقاب يشتمل على تقويم أو استبعاد حادث ما فى أعقاب استجابة مما يترتب عليه نقصان احتمال حدوث هذه الاستجابة. وهناك نوعان من العقاب الأول يشتمل على تقديم أحداث منفرة ويعرف بالعقاب الإيجابى والثانى يشتمل على استبعاد أحداث مرغوبة ويعرف بالعقاب السلبى. وفيما يلى بعض الاساليب الخاصة بالعقاب:

أ- استخدام الأحداث المنفرة (غير المرغوبة) Presentation Aversive events
عندما يأتى الفرد باستجابة معينة فانه يمكن أن نقدم حادثاً أو شيئاً غير مرغوب فى اعقاب هذه الاستجابة (الخاطئة عادة) مثل التوبيخ أو التأنيب. وهذا الاسلوب والذي يعرف عادة باسم العقاب الإيجابى يستخدم بصورة أقل من اسلوب استبعاد الأحداث المرغوبة والذي يعرف باسم العقاب السلبى حيث أن الأسلوب الأخير اكثر قبولا من الناحية الأخلاقية وأولى أن نبدأ به من حيث التخرج.

ومن الأساليب التي استخدمت في العقاب الإيجابي أسلوب الصدمة الكهربائية حيث تظهر آثارها بسرعة وبشكل كبير وهي عادة تستخدم في كبح السلوكيات الخطيرة. وعلى سبيل المثال فقد استخدم لوفاس وسيمونز (1969) Lovaas & Simmons هذا الأسلوب في القضاء على سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال المتخلفين عقلياً والأطفال الذين لديهم حالة الذاتية Autistic. وقد حاول الباحثان في البداية استخدام أسلوب الانطفاء وذلك من خلال عدم توجيه الانتباه، حيث كان يترك للأطفال فرصة الانخراط في سلوك إيذاء الذات (مثلاً خربشة الجبهة، ضرب الرأس في الحائط، قضم الأصابع... الخ) بدون توجيه الانتباه نحوهم غير أن هذه الطريقة لم ينتج عنها انخفاض كبير في هذا السلوك الضار وإنما حدث نقص تدريجي. وعندما استخدم الباحثان أسلوب الصدمة فإن سلوك إيذاء الذات قد انخفض على الفور وقد استمر العلاج بهذا الأسلوب لعدد قليل من الجلسات واستخدم فيه عدد قليل من الصدمات ثم توقف بعد ذلك.

ويعتبر استخدام الصدمة كأسلوب عقابي بغرض تقليل سلوك ما، من الأمور التي تلقى جدلاً كبيراً حيث يتضمن نوعاً من القسوة البالغة عن غيره من أساليب العقاب الإيجابي. وعادة فإن أسلوب التآنيب يعتبر من أكثر أساليب العقاب الإيجابي شيوعاً مع أساليب أخرى مثل التهديدات (التوعده)، التحذيرات، عدم الموافقة، والرفض للسلوك. غير أن هذه الأساليب لم تظهر نتائج متسقة في تأثيرها على السلوك في الدراسات التي استخدمت فيها إلا في الحالات التي صاحبها أحداث منفرة أخرى.

ب- استبعاد الأحداث الإيجابية (المرغوبة) Removal of Positive events

يشمل العقاب على أسلوب آخر تستبعد فيه بعض الأشياء أو الأحداث المرغوبة (أي التي يحبها الفرد) في إعاقة سلوك غير مرغوب، الأمر الذي

يترتب عليه نقصان هذا السلوك غير المرغوب. ومن الأساليب المستخدمة في هذا الصدد (التي تعرف بالأساليب العقاب السلبي) أسلوب الحرمان لبعض الوقت من التعزيز Time out، أسلوب ثمن الخطأ أو ثمن الاستجابة Response cost وفي أسلوب الحرمان لبعض الوقت من التعزيز فإنه يتم استبعاد جميع المعززات لفترة من الوقت وذلك في اعقاب السلوك غير المرغوب. وفي المعتاد أن يطلب من الفرد (المخطئ) أن يغادر الغرفة دقائق أو أن يجلس بعيداً عن النشاط الذي كان يشترك فيه. وقد اقترح بعض الباحثين وجود غرفة خاصة لاستخدام هذا الأسلوب لتسمح بمراقبة الفرد (المستبعد لبعض الوقت) حتى نضمن عدم اساءة استخدامه هذا الوقت. أما أسلوب ثمن أو تكلفة الخطأ (الاستجابة الخاطئة) فإنه يشتمل على فقدان ميزات كان الفرد يستفيد بها أو بونات كان قد تسلمها أو دفع غرامة.

ويعتبر أسلوب الحرمان من التعزيز فعالاً حتى عند استخدامه لفترات قصيرة وعلى سبيل المثال فقد استخدم مجموعة من الباحثين هذا الأسلوب لتقليل السلوك غير المرغوب الذي يقوم به الاطفال شديداً التخلّف أثناء تناولهم لوجبات الطعام مثل سرقة الطعام من بعضهم أو القاء الطعام على الأرض. وقد استخدم الباحثون أسلوبين للاستبعاد أو الحرمان أحدهما بأن يحرم الطفل من تناول الطعام مع مجموعة ويدخل الى غرفة خاصة يتناول فيها الطعام (عزل) والثاني يشتمل على استبعاد السرفيس (الصينية) التي يتناول طعامه عليها من أمامه ليضع دقائق ثم يعاد الطعام اليه بعد ذلك (حوالي ربع ساعة)، وقد لادى استخدام هذين الأسلوبين الى قمع السلوك غير المرغوب أثناء تناول الطعام. (بارتون، جيز، جرسيا، باير ١٩٧٠ Barton, Guess, Gracia & Baer).

أما أسلوب ثمن الاستجابة فقد استخدم في صور متنوعة مع الاطفال المتخلفين. ويشتمل هذا الأسلوب عادة على سحب البونات نتيجة للسلوك

الذى قام به الفرد. وعلى سبيل المثال فقد قام كازدين بمعالجة أحد الشبان ممن لديهم تخلف عقلى والذي كان يأتى بخليط من الكلام غير المنطقى (نسبة الذكاء اللفظى لهذا الشخص كانت ٤٢) حيث كان هذا الشاب عندما يتكلم بهذا الكلام المخالف يفقد بونات كان قد اكتسبها اذا أجاد. وقد نتج عن ذلك خفض كبير فى الكلام غير المنطقى.

ج - التصحيح الزائد والممارسة الايجابية

Over correction and positive practice:

يعتبر التصحيح الزائد والممارسة الايجابية صورة أخرى من صور العقاب ويشتمل التصحيح الزائد Over Correction (الذى يمكن النظر اليه على انه صورة من صور ثمن الاستجابة) على وجود جزاء على الاشتراك فى سلوك غير مرغوب. وهذا الجزاء يشتمل على القيام ببعض العمل فى الموقف الذى يشترك فيه للفرد ويشتمل التصحيح الزائد على جانبين: تصحيح الجوانب البيئية التى نتجت عن السلوك غير المناسب واعادة مكثفة للصور الصحيحة من السلوك. وعلى سبيل المثال فقد استخدم فوكس وأزرين ١٩٧٢ Foxx & Azrin هذا الاسلوب فى علاج امرأة لديها تخلف عقلى وعمرها خمسون سنة حيث تقوم بسلوكيات تنسم بالعنوان ومن بينها قلب الأسرة ورمى الاغراض والأنوات. وقد اشتمل العلاج بالتصحيح الزائد فى اعقاب أى سلوك سيئ تقوم به (مثلا قلب السرير) على دفعها الى تصحيح الآثار التى نتجت عن ذلك (مثل ارجاع السرير الى وضعه، وترتيب المراتب والوسائد، واعادة فرشته) وكذلك يطلب منها أن تقوم بهذا العمل بشكل متكرر داخل العنبر (مثلا يطلب منها تسوية باقى الأسرة فى العنبر)، وقد استغرق هذا النوع من العلاج قرابه الثلاثة أشهر حيث انتهى السلوك غير المناسب الذى كانت تقوم به هذه المرأة.

وفى تطبيق لهذا الأسلوب العلاجى قام أزرين وفيسولفيسكى (١٩٧٤) Azrin & Wislowski بقمع سلوك المارقة لدى حالات شديدة التخلف من المقيمين باحد المعاهد حيث يشيع أن يسرق الأفراد بعض المتعلقات من بعضهم واتبع الباحثان اسلوبا بمقتضاه يعيد السارق مأخذه من أشياء تخص شخص آخر الى صاحبها (أى تصحيح السلوك) ولكن هذا الاسلوب لم يؤت نتيجة كافية فقام الباحثان باستخدام زيادة التصحيح حيث يلزم فيه المعتدى (السارق) برد ما أخذه الى صاحبه وكذلك تغريمه شيئا مماثلا لما أخذه لنفس الشخص وقد أدى هذا الاسلوب الى اختفاء هذا السلوك الخاطئ فى خلال ثلاثة أيام.

غير أنه من الملاحظ انه بالنسبة لكثير من الاستجابات لا يكون هناك آثار بيئية ملحوظة تحتاج الى تصحيح بعد حدوث الاستجابة وفى هذه الحالة فإن التصحيح الزائد يستدعى الممارسة المكثفة للاستجابة الصحيحة. ويشار الى الاسلوب الذى يجرى فيه ممارسة السلوك الصحيح أو الاستجابة الصحيحة بشكل متكرر بالممارسة الايجابية Positive Practice ومن الامثلة التطبيقية فى هذا المجال ما قام به أزرين وفيسولفيسكى (١٩٧٥) لاستبعاد سلوك الرقاد على الأرض الذى كان يقوم به إحدى عشر طفلاً شديدي التخلف فى أحد المؤسسات. حيث اتضح أن مجرد الطلب منهم أن يقفوا بدلا من الرقاد لا يكفى لتغيير السلوك فقام الباحثان باتباع اسلوب الممارسة الايجابية حيث كان يطلب من الفرد أن يمضى الى كرسى ويجلس عليه لمدة دقيقة واحدة ثم يطلب منه أن يذهب الى كرسى آخر يجلس عليه لمدة دقيقة أيضا وهكذا حتى ينتقل الفرد الى عشرة كراسى يجلس على كل منها لمدة دقيقة واحدة. وبعد ثمانية أيام كان الأفراد الأحد عشر قد تخلصوا من سلوك الرقاد على البلاط. وبلغت متابعة هؤلاء الأفراد بعد ستة أشهر على احتفاظهم

بالسلوك الصحيح. ويتميز اسلوبا التصحيح الزائد والممارسة الايجابية رغم حداثة النسبية بين اساليب العلاج السلوكى بسرعة ظهور الآثار ودوامها. وقد استخدم هذان الاسلوبان فى تعديل بعض السلوكيات مثل سلوكيات قضاء الحاجة (الذهاب الى دورة المياه) والسلوك المناسب فى تناول الطعام، وسلوك ايداء الذات، واستجابة التقيؤ.

وقبل أن نختم الحديث عن العقاب باعتباره اسلوبا علاجيا لنقليل الاستجابات غير المناسبة والضارة نقول ان العقاب البدنى المباشر مثل الضرب واستخدام الصدمات لاينصح به الا فى حالات قليلة عندما يكون من المطلوب القضاء بشكل سريع على الاستجابات التى تكون مهددة لحياة الفرد (مثل اللعب فى الكهرباء، ضرب الرأس فى الحائط... الخ) بينما تفيد اساليب العقاب الأخرى مثل فرض غرامات معينة (التغريم)، زيادة التصحيح بشكل كبير وهى شائعة الاستخدام وبنجاح كبير.

٤ - الانطفاء Extinction

سبق أن قلنا أن الانطفاء يقصد به عدم تقديم التعزيز عقب حدوث استجابة (كانت تعزز من قبل) مما ينتج عنه نقص هذه الاستجابة. ويشتمل اسلوب الانطفاء عادة على وقف الانتباه أو توجيه الاهتمام عند حدوث الاستجابات غير المناسبة والتي تم تعزيزها بشكل غير مناسب فى البيئة الطبيعية. وقد قام وولف وزملاؤه (Wolf et al 1970) بتجربة لعلاج طفلة متخلفة عمرها ٩ سنوات كانت تتنابها حالات من القئ أثناء حضورها دروس التربية الخاصة وكان يسمح عادة لهذه الفتاة بالذهاب إلى عنبر النوم بعد حدوث القئ وبذلك لاتحضر الحصص حتى اليوم التالى. وقد قارن الباحثون بين اسلوبين يسمح فى أحدهما للطفلة بالذهاب إلى عنبر النوم بعد القئ بينما فى الثانى لايسمح لها بمغادرة حجرة الدراسة. وقد تبين لهما أن ذهاب الطفلة

إلى غير النوم بعد القى عمل كمعزز لسلوك القى وعندما منعت الفتاة من الذهاب لعنبر النوم (المعزز) توقفت حالة القى بعد فترة قصيرة.

وتبين الدراسات أن أسلوب الانطفاء أسلوب فعال فى تقليل السلوك (غير المرغوب) وبصفة خاصة عندما يصبحه عملية تعزيز للسلوك المناقض له (السلوك المرغوب). ولأنه يكون من المطلوب التخلص من الاستجابات غير المناسبة فى وقت قصير (مثلا فى حالة سلوك إيذاء الذات) فإن العملية التدرجية للانطفاء والحد الكبير من الاستجابات التى تحدث قبل أن تزول الاستجابة غير المرغوبة فإن الانطفاء يعد غير مرغوب فيه كأسلوب منفرد. كذلك فإن الانطفاء فى حد ذاته لايساعد على اظهار سلوكيات جديدة تكون مرغوبة وهو امر نحتاجه فى برنامج العمل مع المتخلفين عقليا مما يجعل أسلوب التعزيز هو الأسلوب الشائع فى هذه الحالات.

٥ - أساليب أخرى:

الأساليب التى عرضناها أساليب ترتبط بنظرية الاشراف الاجرائى Operant conditioning تعتبر أكثر الأساليب شيوعا فى تعديل السلوك لدى حالات التخلف العقلى. وهناك أساليب أخرى يمكن استخدامها مع حالات التخلف العقلى ألا أن استخدامها حتى الآن لم يتعد حدود التجارب والمختبرات غير أن هناك أسلوبين يستخدمان بنجاح وعلى نطاق واسع فى الوقت الحاضر وهما أسلوب النمذجة Modeling (استخدام النماذج السلوكية) واسلوب التكرار أو المراجعة Rehearsal وسوف نتاولهما بالشرح فيما يلى.

أ - أسلوب النمذجة Modeling

سبق أن تحدثنا عن الأسس التى حددها ألبرت بانثورا فى تفسيره للتعلم بالملاحظة (انظر الفصل التاسع) وتعتبر النمذجة التطبيق الرئيسى

لنظرية التعلم الاجتماعي التي وصفها باننورا (1977) Bandura والتي تعتمد على تنمية السلوك عن طريق ملاحظة أشخاص آخرين (نماذج) يؤدون هذا السلوك. ويمكن اكتساب السلوك من مجرد ملاحظته الآخرين حتى لو لم يشترك القائم بالملاحظة في هذا السلوك أو يتلقى نتائج مباشرة عن الأداء. وفي التطبيق العملي يمكن أن تتم النمذجة باستخدام النمذجة الحية (المباشرة) أو من خلال للنمذجة للضمنية (مثلا باستخدام أفلام)

ومن التطبيقات التي استخدم فيها أسلوب النمذجة ما قام به كليبيان Kliebhan (1967) حيث استخدم النمذجة الحية لزيادة أداء حالات من المتخلفين القابلين للتعلم Educable Retarded من المراهقين الذين يعملون في ورشة محمية. وقد كان النموذج طالبا جامعيا اشترك في العمل مع المراهقين حيث كان يقوم بالمهام على الوجهه الصحيح. وقد امكن زيادة معدلات أداء هؤلاء الافراد في خلال خمسة أسابيع بملاحظتهم لهذا النموذج بالمقارنة مع مجموعة أخرى لم تتعرض لمشاهدة النموذج.

ويستخدم أسلوب النمذجة عادة في التدريب على الاستجابات الاجتماعية مثل التحية والكلام وارتداء الملابس وترتيب غرف النوم وكذلك في تعلم وتصحيح الكلام.

ب - الإعادة وتمثيل الأدوار Rehearsal & Role Playing

يشير هذان الأسلوبان في تعديل السلوك إلى ممارسة السلوك الظاهر تحت ظروف اصطناعية أو طبيعية ويختلف أسلوب الممارسة النشطة للسلوك الظاهر عن أسلوب النمذجة في أنه لايعتمد للتعلم فيه على الملاحظة وحدها ويطلق عليه احيانا أسلوب النمذجة بالمشاركة. ويمكن استخدام الأسلوبين معا عن طريق نمذجة السلوكيات الصحيحة واعطاء الفرصة للأفراد لتكرار الاستجابة المناسبة تحت ظروف مقلدة (اصطناعية) ومتنوعة.

ومن التجارب الشائعة في مجال أداء (لعب أو تمثيل) الأدوار تلك التي قام بها سترين (١٩٧٥) Strain الذي تمكن من زيادة سلوك اللعب الاجتماعي لدى الأطفال شديدي التخلف في مرحلة الروضة وقد اشتمل تمثيل الأدوار على قيام الأطفال بتمثيل أدوار الشخصيات الموجودة في بعض القصص حيث كان يقوم المدرس بقراءة القصة (مثلا قصة العنزة وأبناءها مع الذئب) وإثناء قراءته يقوم طفل بتمثيل الدور الذي يحدده المدرس ويشتمل ذلك على إصدار اصوات والقيام بالحركات المناسبة وبعد الانتهاء من القصة كان المدرس يعطي للطفل الفرصة للمشاركة في لعب جماعي. وقد أوضحت الملاحظات أن تمثيل الادوار أثناء قراءة القصة أدى الى زيادة أنشطة اللعب الاجتماعي بين كل الاطفال المشتركين وعددهم ثمانية اطفال وثبتت فعالية أسلوب تمثيل الأدوار تجريبيا. وقد استخدم أسلوبا الاعادة وتمثيل الأدوار بشكل مكثف مع اساليب الاشراف الاجرائي. وعلى سبيل المثال ما ذكرنا سابقاً من أن استخدام اسلوبى زيادة التصحيح (التصحيح الزائد) والممارسة السالبة تشتمل على سلوكيات الاعادة التي لاتتوافق مع الاستجابة التي نود قمعها. وفي هذه الأساليب فإن الاعادة تكون جزءا من مجموعة تدريبية أكبر تشتمل على التلقين، التعزيز، النمذجة وغيرها من الأساليب. والميزة التي يشتمل عليها استخدام اسلوب الاعادة هو انه يزيد فرص تعزيز السلوك المناسب وكذلك يسمح للقيام على التدريب أن يضبط كثيرا من الظروف التي تحيط بأداء الاستجابة وتسهيل عملية التعلم.

مجالات تعديل السلوك لدى المتخلفين عقليا:

تستخدم اساليب تعديل السلوك بشكل واسع في مجال رعاية وتعليم وتأهيل حالات التخلف العقلي حيث تعتبر أكثر ملاءمة لهم عن غيرها من أساليب العلاج أو التدريب الى تمتلزم الاستبصار أو استخدام القدرات العقلية

المعرفية وتتوسع اساليب تعديل السلوك المستخدمة كما رأينا فى عرض الاساليب وكذلك تتنوع بتنوع المجالات المتصلة بحياة الأشخاص المتخلفين عقليا والتي يمكن أن تستخدم فيها اساليب تعديل السلوك. وسوف نتناول باختصار هذه المجالات واستخدامات تعديل السلوك فيها.

١- مجال الرعاية الشخصية:

تشتمل سلوكيات الرعاية الشخصية (الذاتية) المهارات التي تساعد الأفراد على الأداء الاستقلالى (أى معتمدين على أنفسهم) فى أنشطة مثل قضاء الحاجة، تناول الطعام، ارتداء الملابس، النظافة الشخصية، الاهتمام بالصحة. ويعتمد التدريب على هذه الأنشطة على استخدام أسلوب التعزيز وكذلك إعادة السلوك بشكل متكرر واستخدام النماذج السلوكية. وفى السلوكيات التي تبدو مركبة أو صعبة يمكن الاعتماد على اسلوبى التشكيل (التدريب المتتابع) وكذلك أسلوب التسلسل وبصفة خاصة فى مجال النظافة الشخصية، وارتداء الملابس. من الأمور الهامة فى استخدام هذه الاساليب القدرة على تقسيم السلوك الى واجبات (مهام). (انظر الفصل الثالث)

٢- مجال التنبيه الذاتى وإيذاء الذات:

من الشائع أن نجد الأشخاص المتخلفين عقليا وبصفة خاصة المقيمين فى مؤسسات داخلية، وقد اتخطوا فى سلوكيات ليس لها جدوى وتؤدى الى استئثار ذاتية ومن أكثر هذه السلوكيات شيوعا ملوك إيذاء الذات مثل ضرب الرأس فى الحائط والعض والخدش (مثلا الطفل الذى يخدش وجهه باستمرار). ولأن هذه السلوكيات مؤذية فانها تصبح غير مرغوبة بالنسبة لمن يعملون فى المؤسسة ويسعون الى التخلص منها ومن هنا فان اهم الاساليب التي تستخدم هى اساليب العقاب بنوعها الملبي والإيجابى واسلوب

الانطفاء (وقف التعزيز)، وكذلك شغل الطفل بأنشطة أكثر فائدة. وقد استخدمت أيضا أساليب متنوعة مثل الإبعاد عن المدرب أو المدرس الذى يعمل مع الطفل لفترة، أو العزل بعيدا عن الآخرين لفترة قصيرة أيضا، أو تقييد الحركة البدنية (مثلا ربط اليدين، وقص الأظافر بصفة دائمة الخ)، وكذلك استخدام أسلوب التصحيح الزائد والممارسة الإيجابية لكبح سلوك الاستنارة الذاتية ويمكن استخدام أسلوب التعزيز فى علاج بعض الحالات عن طريق تعزيز السلوك المضاد للسلوك الذى نود أن نوقفه أو نقله أو بتعزيز عدم اتيان السلوك الخاص بالنتيجه الذاتى بمعنى أن نكافئ الطفل عندما يتوقف عن هذا السلوك الضار.

٣- مجال المشكلات التى تظهر فى حجرة الدراسة أو فى السلوك الخلقى بصفة عامة:

هناك العديد من المشكلات التى تتولد عن سلوكيات يأتى بها الأطفال المتخلفين عقليا فى حضورهم فصول التربية الخاصة مثل للحدث مع الآخرين، وعدم الانتباه، وغيرها من السلوكيات التى تشتت انتباه الطفل عن الدروس، وهذه سلوكيات لا تشكل خطورة على الطفل أو على غيره من الأطفال، وقد استخدم الباحثون أساليب مثل بونلات التدعيم التى تعطى للطفل عندما يقلل من تشتيت انتباهه وهناك أيضا مشكلات تتمثل فى زيادة النشاط والعدوان على الآخرين وبعض الاضطرابات السلوكية الأخرى (مثل أكل القمامة) وقد استخدمت أساليب متنوعة فى تعديل هذه السلوكيات. فالسلوك العدوانى يمكن معه استخدام أساليب العقاب بأنواعها وكذلك الاضطرابات السلوكية يمكن أن يفيد فيها أساليب مثل زيادة التصحيح. فمثلا سلوك أكل أشياء من القمامة استخدم فيه دفع الطالب الى استخراج ما أكله من فمه ثم

غسيل الفم والاسنان بالفرشاة لعدد كبير من المرات (فوكس ومارتن ١٩٧٥
(Foxx & Martin).

٤- مجال التحصيل الدراسي:

تعتمد برامج التعليم في مجال التخلف العقلي على مساعدة الاطفال على زيادة انتباههم وتقليل التششت وكذلك تخزين المادة التعليمية وتكرارها حتى يتم تعلمها. ومن المعتاد أن يستخدم المدرس اسلوب التعزيز الايجابي بشكل واسع في عميلة التعليم كما يمكن استخدام اسلوب التعزيز السلبي ايضا في هذا الجانب. وهذه الاساليب للتدعيم تعمل على تحسين اداء الاطفال في الواجبات الخاصة التي تعطى لهم كما تساعد الى حد بعيد على تحسين سلوكياتهم فيما يتصل بالتعلم مثل زيادة الانتباه وتقليل التششت. وقد استخدم دالتون وريبنو وهيسلوب (١٩٧٣) Dalton, Rubino & Hislop بونات التعزيز في تجربة أجروها واتضح منها أن الاطفال الذين استخدم معهم نظام البونات قد تفوقوا بفروق دالة في درجاتهم في الحساب والقراءة والكتابة على مجموعة مقارنة لم تستخدم معها البونات.

٥- مجال اللغة والنطق:

تستخدم أساليب تعديل السلوك وخاصة أسلوب التعزيز الايجابي، والتشكيل (التقريب المتتابع) بشكل كبير في مجال التدريب على اللغة وعلى النطق وفي علاج عيوب الكلام. وفي الوقت الحالي فان المعالج يستعين بمجموعة من الأجهزة تساعد على ترجيع معلومات عن الأداء مثل ظهور أضواء تشير الى الاستجابة الناجحة أو الخاطئة فاذا صُحبت الاجابة الصحيحة بمكافأة (مثلا بون) فان الطفل يكتسب السلوك المطلوب بسرعة. ويعتبر مجال التدريب على الكلام وعلاج عيوبه من البرامج الهامة التي يشتمل عليها برنامج التربية الخاصة وكذلك برنامج التأهيل.

٦- مجال السلوك الاجتماعي:

يشتمل هذا المجال على تدريب الاطفال المتخلفين على سلوكيات مثل الكلام مع الآخرين، لقاء التحية على الآخرين والرد على التحية والابتسام عند لقاء الآخرين، مشاركة الآخرين في الأنشطة مثل أنشطة اللعب والعمل والحياة والتعاون مع الغير ومساعدتهم. وفي المعتاد أن يستخدم اسلوب التعزيز للمساعدة على اكتساب هذا السلوك كما يستخدم اسلوب النمذجة في هذا الاطار وحبذا لو كان مصحوباً بتمثيل (أداء) الأدوار الاجتماعية المطلوبة.

٧- مجال سلوكيات العمل:

تعتبر السلوكيات التي يقوم بها الفرد داخل بيئة العمل من الأمور الهامة التي تؤثر في مدى توافقه المهني واحتمالات نجاحه واستمراره في العمل. ويحتاج المتخلفون عقلياً (وكثيراً من فئات المعوقين) الى تدريب خاص على سلوكيات العمل وبشكل مناسب لطاقتهم حتى يمكنهم ان يتعلموا السلوك المتصل باداء العمل، والمحافظة على السلامة الشخصية، والمحافظة على سلامة الآخرين، والتعاون مع الغير، وتقبل التعليمات والتعامل مع المشرفين والرؤساء وغيرها. ويفيد في هذا الجانب استخدام اساليب التعزيز والنمذجة لاكتساب السلوك المطلوب واتباع اسلوب التشكيل والتسلسل.

الاعتبارات التي يجب أن تراعى في استخدام تعديل السلوك مع المتخلفين عقلياً:

ينبغي ان يراعى مخططو ومنفذو برامج تعديل السلوك مع حالات التخلف العقلي مجموعة من الاعتبارات حتى يصلوا ببرامجهم الى النجاح المنشود ويتجنبوا أى اثار سلبية محتمل حدوثها ومن هذه الاعتبارات:

١- استخدام الاساليب الايجابية قبل السلبية واستخدام الاساليب الاقل

تنفيراً قبل الاساليب الاكثر تنفيراً.

- ٢- مراعاة القواعد الاخلاقية المناسبة والمستخدمة فى مجال العلاج السلوكى (انظر الجزء للخاص بأخلاقيات العلاج السلوكى فى الفصل الأول).
- ٣- مراعاة الا يترتب على تعليم سلوك معين، ان يرافقه اساليب أخرى ضارة بتعلمها للفرد.
- ٤- مراعاة الا يترتب على الغاء سلوك غير مرغوب ان ينطفى أو يزول معه سلوكيات أخرى كانت مرغوبة.
- ٥- الاطمئنان الى نقل اثر التعلم من بيئة العلاج (المؤسسة أو المعهد) الى البيئة التى يعيش فيها الطفل.
- ٦- استخدام العمل مع الجماعات (العلاج الجمعى) عندما يكون ذلك مناسباً.
- ٧- ان يقوم بتعديل السلوك لشخص مدربون تدريباً جيداً ولديهم معرفة كافية بالسلوك الانسانى.
- ٨- مراعاة تقويم البرنامج بعد فترات مناسبة ومقارنة النتائج مع خط البداية.

المراجع

- Azrin, N.H., & Wesolowski, M.D. (1974) Theft reversal: An overcorrection procedure for eliminating stealing by retarded persons. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 7, 577-581.
- Azrin, N.H. & Wesolowski, M.D. (1975) The use of positive practice to eliminate persistent floor-sprawling by profoundly retarded persons. *Behavior therapy*. 6, 627-631.
- Barton, E.S., Guess, D., Gracia, E. & Baer, D.M. (1970) Improvement of retardates' mealtime behaviors by time-out procedure using multiple baseline techniques. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 3, 77-84.
- Bateman, S. (1975) Application of premack's generalization on reinforcement to modify occupational behavior in two severely retarded individuals. *American Journal of mental Deficiency*. 79, 604-610.
- Dalton, A.J., Rubino, C.A., & Hislop, M.W. (1973) Some effects of token rewards on school achievement of children with down's syndrome. *Journal of Applied Behavior Analysis*. 6, 251-259.
- Foxx, R.M., & Azrin, N.H. (1972) Restitution: Method of eliminating aggressive- disruptive behavior of retarded and brain damaged patients. *Behavior research and therapy*. 10, 15-27.
- Foxx, R.M. & Martin, E.D. (1975) Treatment of Scavenging behavior (coprophagy and pica) by over correction. *Behavior research and therapy*. 13, 123-162.
- Hopkins, B.L. (1968) effect of candy and social Reinforcement institutions and Reinforcement schedule learning on the modification and maintenance of smiling. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 121-129.
- Jens, K. G., shores, R.E. (1969) Behavioral Graphs as reinforcers for work behavior of mentally retarded adolescents. *Education and training of the mentally retarded*. 4, 21-28.

- Kazdin, A.E. (1975) Behavior modification in applied settings. Homewood. ILL: Dorsey press.
- Kleibhan, J.M. (1967) Effects of goal setting and modeling on Job performance of retarded adolescents. American Journal of mental deficiency 72, 220-226.
- Lovaas, O.I. & Simmors, J.Q. (1969) Manipulation of self- destruction in three retarded children. Journal of Applied Behavior Analysis, 2, 143-157.
- Premack, D. (1962) Reversibility of reinforcement Relation. Science, 136, 252-257.
- Strain, P.(1975) increasing social play of severely retarded preschoolers with socio-dramatic activities. Mental Retardation, 13, 7-9.
- Whaley, D.L. & Tough, J. (1970) Treatment of a self-injuring mongoloid with shock-induced suppression and avoidance. In R.Ulrich, T. Starchnick & J. Mabry (Eds) Control of human behavior. From cure to prevention. Vol 2 Glenview ILL: Scott, Foresman. PP. 154-155.
- Whitman, T. L., Mercurio, J. R. & Caponigri, V. (1970) Development of social Responses in two severely retarded children. Journal of Applied Behavior Analysis, 3, 133-138.
- Wolf, M., Birnbrauer, J., Lawler, J. & Williams, T. (1970) The operant extinction, reinstatement and reextinction of Vomiting behavior in a retarded child. in R. Wtich, T. Stachnik & J. Mabry (Eds) Control of human behavior: From Cure to prevention. Vol 2 Glenview, ILL: Scott, Foresman. pp 146-148.

الفصل السابع عشر

تطبيقات العلاج السلوكي في المجال التربوي
"عدم الانضباط داخل المدرسة"

تكن أهمية تطبيق العلاج السلوكى فى المدرسة فى دوره فى علاج مشاكل عدم الانضباط داخل المدرسة وبالتالي نجاح العملية التربوية. حيث تؤدى الممارسات السلوكية الخاطئة من جانب الطلاب، وما يصدر عنهم من تصرفات أحيانا إلى اضطراب العملية التعليمية وعدم انتظامها. وقد قدم برفس Purvis 1967 قائمة بأهم مظاهر سوء السلوك التى تصدر عن الطلاب فى المدرسة كالتحدث بكثرة داخل الفصل وفى المطعم والمكتبة، واستخدام الاشارات والالفاظ غير المهذبة، والاساءة لاعضاء هيئة التدريس بالمدرسة، والتخمين وتعاطى المخدرات احيانا، واختلاق المشاجرة مع العاملين بالمدرسة، وتشويه وتخريب الممتلكات المدرسية عن قصد، المقامرة ورمى الاشياء فى فناء المدرسة أو طرقاتها، والتسكع فى اماكن غير لائقة، وعدم الامانة، والتأخر عن الموعد، الوقاحة، وعدم احضار مستلزمات الدرس، والتغيب بدون عذر أو مبرر، والخروج من الفصل أو المدرسة بدون اذن، وعصيان أوامر اعضاء هيئة التدريس، وعدم الاهتمام بأنشطة الفصل، واقتناء وحيازة الاسلحة، والخروج المتكرر على المبادئ والنظم المدرسية، ورائحة الجسم غير الطيبة، والغش، وإبتزاز الطلاب الآخرين، والاحتجاجات المنظمة وغيرها. وقد لا تكون هذه القائمة المطولة شاملة لكل انماط السلوك الذى يرى المعلمون أنه يحتاج الى تعديل.

ويحدد دريكز وجرى 1968 Dreikurs & Grey أربعة أهداف تتحقق من وراء سوء السلوك للطلاب هى: جذب الانتباه، والتصارع من أجل السلطة أو فرض النفوذ، والثأر أو الانتقام، واستخدام العجز كعذر أو مبرر، ويعتبر جذب الانتباه أكثر الاهداف شيوعاً، وينشأ التصارع من أجل السلطة عندما يحاول أحد وقف سلوك يهدف إلى جذب الانتباه أحيانا، ويسبب السلوك الذى يحرکه دافع الثأر والانتقام قلق واضطراب شديدين، وعادة ما يكون

الطفل الذى يحركه دافع الانتقام فى سلوكه قد عانى من تاريخ طويل من الاحباط، وفقدان الامل فى ايجاد مشاعر التقدير والاحترام من خلال الوسائل البناءة، فيشعر مثل هذا الطفل أن كل شخص يقف ضده ويكون له العداء وقد يسعى للانتقام، ويعد استغلال العجز أكثر اشكال الاحباط تطرفاً، وفى هذه الحالة ينسحب الطفل ويفضل العزلة والبقاء بمفرده.

ويقوم الاتجاه السلوكى، فى علاج تلك الممارسات السلوكية الخاطئة من قبل الطلاب على اساس الافتراض القائل بأن السلوك يتم تعلمه أو تعديله من خلال نموذج يتضمن الثواب والعقاب، حيث نشأ هذا الاتجاه من الابحاث العملية لبافلوف وواطسن وثورانديك، كما أن معظم عمليات تعديل السلوك الحالية مأخوذة من أعمال سكنز الخاصة بالتدعيم الذى يعد العامل الاساسى فى تحديد السلوك، كما كانت لأعمال وتجارب بندورا عن النمذجة اثرها الواضح. وعلى ذلك يرى السلوكيون أن القوة الدافعة لتحقيق الانضباط فى المدرسة تتمثل فى مساعدة الاطفال على "عدم تعلم" الانماط السلوكية غير اللائقة وذلك عن طريق أما تدعيم الانماط اللائقة من السلوك سواء تدعيماً مادياً أو اجتماعياً من خلال الاهتمام والمدح من جانب المعلم، أو عن طريق العقاب على الانماط السلوكية الخاطئة من خلال التآنيب الخفيف soft reprimands، واستخدام ما يسمى بثمن الاستجابة Response cost (كاسترداد المكافأة إلى تم الحصول عليها) والامترات التجنبى وذلك بغرض استبعاد انماط السلوك الهدام.

وعلى الرغم من القاعدية الملموسة لاستخدام المكافآت فى تقليص انماط السلوك الخاطى إلا أنها تكون أكثر نجاحاً أثناء سير العملية التعليمية، وتتطلب معظم البرامج الفعالة لتعديل السلوك وقتاً طويلاً من جانب المعلم ولكنها تثمر فى النهاية عن ضبط واضح للسلوك وتحكم من قبل الطلاب فى

أنفسهم، ولذلك يفضل الكثير من السلوكيين هذا الأسلوب عن أسلوب العقاب داخل حجرة الفصل الذى من المحتمل أن يسيئ استخدامه من جانب المعلمين، كما وجد على سبيل المثال أن الإيقاف عن حضور الحصة (أو المحاضرة) أو الفصل المؤقت من المدرسة نقل فعاليته كوسيلة عقاب إذا بالغ المعلم أو إدارة المدرسة فى استخدامه، وفيما يلى عرض لأهم أساليب الثواب (التدعيم) والعقاب المستخدمة فى تعديل السلوك فى المدرسة.

أولاً: استخدام التعزيز (التدعيم) فى زيادة سلوكيات مرغوبة:

بُنيت الغالبية العظمى من برامج تعديل السلوك على مبدأ التدعيم الإيجابى، وتباین فعالیات البرامج المختلفة بناءً على نوعية السلوك المعالج وخصائص التلاميذ الذين يعانون من المشكلة وعوامل أخرى عديدة، وفيما يلى بعض أساليب التعزيز:-

أ- المعززات الاجتماعية Social Reinforcers

تتضمن المعززات الاجتماعية عدد من الإجراءات مثل المدح، والاهتمام، والتلاحم الجسدى (كالربت على كتف الطفل)، والتعبيرات الإيجابية للوجه كالابتسام، والتلاحم البصرى، وغيرها. وتستخدم هذه الأساليب فى تعديل سلوك التلاميذ فى المدرسة وكذلك فى المنزل غير أن الطريقة إلى يقدمها المعلم فى المدرسة تختلف فى الإجراءات والنتائج عن تلك التى يقدمها الوالدين فى المنزل.

فى معظم تطبيقات التعزيز الاجتماعى يفضل أن يستخدم المعلم الموافقة اللفظية بعد السلوك المقبول، وعلى سبيل المثال فقد استخدم كيربى وشيلنز Kirby & Shields 1972 المدح اللفظى لتعديل سلوك تلميذ عمره (١٣) سنة كان منخفض الاداء (الإنجاز) فى مقرر الرياضيات وهو فى

الصف السابع الابتدائي، حيث ساعد المدح المقدم من قبل المدرس على تحسين إجاباته تدريجياً، ولكن المشكلة هي زيادة الحاجة لعملية المدح تدريجياً، وقد تم اختبار فعالية البرنامج في تصميم تجريبي تم خلاله تقديم وسحب المدح في مواقف مختلفة، وتؤكد حدوث تحسن واضح في سلوك التلميذ داخل الفصل، وارتفع معدل الاجابات الصحيحة اثناء المدح وانخفضت عند عدم تقديمه، كما أوضح كازدين وكلك Kazdin & Klock 1973 فعالية استخدام الابتسامة والتلاحم الجسدي مع الطفل في تعديل سلوك الأطفال في فصول التربية الخاصة مما يدل كذلك على أهمية استخدام الموافقة غير اللفظية.

ويتميز التعزيز الإجتماعي بعدد من المميزات منها:-

- ١- أن المدح والموافقة اللفظية وغير اللفظية فعالة جداً في تعديل السلوك لدى التلاميذ.
- ٢- أن التعزيز الإجتماعي أمر سهل التنفيذ من قبل المدرس، كما أن المدح يمكن تقديمه لعدد من التلاميذ في وقت واحد وبسرعة.
- ٣- يختلف المدح عن المعززات الأخرى كالطعام مثلاً في أنه عند عدم استخدامه لا يولد إحساساً بالحرمان.
- ٤- أنه يمكن استخدام المدح والاهتمام في كل مواقف الحياة اليومية من قبل المعلمين والوالدين وغيرهم.

غير أنه يعاب على أسلوب التعزيز الاجتماعي أنها ليست دائماً فعالة وقد لا تحدث تغيير في السلوك بالدرجة المتوقعة، وفي هذه الحالة يفضل استخدام أساليب بديلة.

ب . الإمتيازات والأنشطة Privileges and activities:

يميل الأطفال إلى المشاركة فى الأنشطة التى يفضلونها، ويعتمد استخدام الأنشطة المفضلة كأسلوب علاجى على "قاعدة بريماك" Premack Principle الذى لاحظ أن السلوك الأكثر تكراراً فى مواقف الاختيار الحر Free- choise يمكن استخدامه فى تعزيز السلوكيات الأقل تكراراً. على سبيل المثال. فإن إكمال العمل (سلوك أقل تكراراً) يمكن أن يتحسن إذا تبعه اللعب (سلوك أكثر تكراراً) أى أن السلوكيات الأكثر تكراراً تعزز السلوكيات الأقل تكراراً.

ويمكن استخدام اسلوب الامتيازات والأنشطة فى الفصل المدرسى لتعزيز السلوك الذى يرغب المعلم فى إنمائه، حيث يسمح للأطفال بالإشتراك فى أنشطة من إختيارهم فى أوقات الراحة أو علاج مالىديهم من مشكلات. وقد استخدم لونج ووليامز Long & Williams 1973 ما يسمى بالوقت الحر. Free Time كمعزز لتعديل سلوك العصيان وتحطيم الأشياء لطفل بالصف السابع الأبتدائى، فخلال جزء من البرنامج تم إخباره بأنه باستطاعته أن يأخذ ١٨ دقيقة وقت حر إذا تعاون مع زملاءه فى الفصل. وخلال اليوم الدراسى نصح بالتحدث مع زملاءه، وممارسة ألعاب رياضية، وقراءة المجالات وغيرها. وإذا أظهر الطفل أى سلوك مضطرب تخصم دقيقة من الزمن الكلى المسموح به وفى نهاية اليوم يصبح الزمن المتبقى هو الزمن الحر المسموح له به، وقد أوضح هذا الأسلوب تحسن فى سلوك الطفل داخل الفصل ومع زملاءه.

كما استخدمت امتيازات وأنشطة خاصة بالإضافة إلى الوقت الحر، فعلى سبيل المثال فقد استخدم Wheel et al 1971 اللعب كتعزيز لضبط

عملية الكتابة (تحسين الخط) لأطفال الروضة حيث يسمح للطفل أن يلعب إذا أظهر تحسن واضح في خطة وقد اختير عدد من الأطفال بطريقة عشوائية في كل يوم لتطبيق عليهم التجربة، حيث أسفرت النتائج عن تحسن في الخط لكل الأطفال، كما استخدمت أساليب أخرى من قبيل زيادة فترة الفسحة (الراحة) أو مغادرة المدرسة مبكراً عن الموعد وغيرها.

وبكذلك يمكن استخدام معززات تجعل العملية التعليمية أكثر امتاعاً مثل الألعاب والأفلام وأجهزة التسجيل الصوتي، والقراءة الحرة وغيرها. غير أن هذا الأسلوب العلاجي أقل أهمية من سابقة للأسباب الآتية:-

١- قد لايطبق بالصورة المطلوبة لتداخل المهام المرتبطة به مع مهام أخرى أو تعارضها معها، فالتلميذ الذي يطلب منه أن يتفاعل مع زملاءه قد لايستطيع بسبب انشغاله في أعماله أو انشغال زملاءه.

٢- أن الامتيازات والأنشطة قد لاتصلح لتعزيز سلوك كل الأفراد.

ولكن يمكن استخدام هذا الأسلوب مع بعض الحالات مع ملاحظة نوعية المعززات والأنشطة ومدى ملاءمتها للحالة.

جـ - التغذية المرتدة Feedback

تتضمن التغذية المرتدة إمداد الفرد بمعلومات حول مستوى انجازه حيث يستطيع الفرد بذلك أن يتجاوز أخطاؤه ويعدل من سلوكه، وليس بالضرورة أن تقترن عملية التغذية المرتدة باحداث أخرى أو تعزيزات من قبل المدح أو الموافقة على الأداء. وقد استخدم فان هيوتن وآخرون Van Houten et al 1975 هذا الأسلوب مع فصلين من طلاب الصف الرابع الابتدائي لزيادة طول (عدد كلمات) موضوع التعبير الذي يكتبه التلميذ في الفصل، حيث حدد وقت معين لكتابة الموضوع وتلقى التغذية المرتدة على

عدد من الكلمات التى كتبوها. حيث قام الأطفال بعد الكلمات التى كتبوها والى تم تعزيزهم رجعيا بها، واعادو كتابه الموضوع بعد ذلك وطلب منهم تقييم ما إذا كان هناك تحسن أم لا. حيث ذاتت الحصيله اللفظية ومستوى الأداء. كما أوضح فينك وكارنين 1975 Fink & Karmin أن التغذية المرتدة تحسن من مستوى الأداء الأكاديمي.

وتعد التغذية المرتدة فعالة في العديد من التطبيقات وخاصة إذا اقترنت بتعزيزات أخرى من قبيل المدح أو إعطاء هدايا أو غيرها، ولكنها تكون أقل فعالية إذا قدمت بدون هذه التعزيزات.

د - المعززات الرمزية Token Reinforcement

تستخدم المعززات كالنجوم والدرجات (العلامات) والبطاقات وغيرها تحت مايسمى بالمعززات الرمزية، ويرجع نظام التعزيز المبني على الرمزية إلى مايسمى بالاقتصاد الرمزي Token economy وهو تطبيق لمبدأ التدعيم الإيجابي، ويستخدم للدلالة على مجموعة من الأساليب توظف فيها المعززات الرمزية لتحقيق الأهداف العلاجية المنشودة، وهذه المعززات الرمزية قد لا تكون ذات قيمة في حد ذاتها، ولكنها تكتسب خاصية التعزيز من خلال استبدالها بمعززات عينية كالطعام واللعب والنقود وغيرها. وتعطى للتعلم عند قيامه بسلوك مرغوب فيه أو تجنب سلوك غير مرغوب فيه، وقد استخدم براير وآلن 1975 Breyer & Allen هذا الأسلوب العلاجي في تحسين سلوك (١٥) تلميذاً بالصف الأول الابتدائي وصف مستواهم الأكاديمي وسلوكهم الإجتماعي بالإضطراب. وبعد ملاحظتهم قدم المعلم لهم شرحاً وافياً عن السلوك المقبول وغير المقبول في المدرسة، ولم تكن لهذه الخطوة أية فعالية في تحسين سلوكهم ثم بدأ برنامج التعزيز الرمزي حيث يحصلون على درجات على حسن أداؤهم. وأدى ذلك إلى تحسن واضح في مستواهم

كما قام رولينز وآخرون Rollins et al 1974 بتطبيق برنامج التعزيز الرمزي على عينة من ١٦ مدرسة تتضمن أكثر (٧٠٠) تلميذ حيث أدى ذلك لتحسن واضح في اداءهم الاكاديمي أظهرته زيادة في درجاتهم على اختبارات الذكاء والقدرة على القراءة والتحصيل في مقرر الرياضيات، ولم يعادله التحسن الذي حدث في الفصول التي لم تتلقى هذا الأسلوب العلاجي.

ويمتاز التعزيز الرمزي بالآتي:-

- ١- يمكن إعطاء المعزز للرمزي بعد حدوث السلوك المرغوب مباشرة ومن ثم استبداله في أى وقت آخر.
 - ٢- يمكن استخدامه كوسيلة تعزيز منظمة ولأى عدد من الأفراد في وقت واحد.
 - ٣- نجاحه في زيادة فعالية العملية التعليمية وخاصة مع الأطفال وفي التحكم في السلوكيات الشاذة داخل الفصل.
 - ٤- إمكانية إعطاء عدد كبير من المعززات الرمزية لإستجابات عديده دون الخوف من حدوث الإشباع. (الخطيب ١٩٩٠)
- ولكنه يعاب عليه أنه أسلوب معقد عن الأنواع الأخرى من أساليب التعزيز، فبرنامج التعزيز الرمزي يحتاج لمعززات، وقائمة بالأحداث التي يجب أن يحدث فيها التعزيز، والسلوكيات غير المرغوبة والبديلة لها والقيم المرتبطة بكل منها كما أنه يحتاج لوقت أطول من البرامج الأخرى كالمدح والتغذية المرتدة.

ثانياً: استخدام التعزيز لإختزال الاستجابات غير المرغوبة.

أساليب التعزيز التي تم شرحها في الجزء السابق من هذا الفصل تستخدم عادة لزيادة السلوك المرغوب في الفصل، ولكن قد يكون الهدف

أحياناً هو الحد من السلوكيات غير المرغوبة، ويمكن استخدام التعزيز لتحقيق هذا الهدف من خلال عدة طرق أهمها:-

أ - تعزيز السلوكيات الأخرى Reinforcement of other behaviors

أحد الطرق المستخدمة لإخترال الانمط السلوكية غير المرغوبة هي تعزيز سلوك الطفل عندما ينخرط في سلوكيات أخرى مقبولة، مثل هذا النوع من التعزيز تعرف باسم التدعيم للتمايز للسلوكيات الأخرى Differential reinforcement of other behaviors أو (DRO) وفي هذا الإجراء يتم باستمرار تدعيم كل الاستجابات ماعدا السلوك غير المرغوب، ولهذا الأسلوب فعالية في علاج بعض الحالات، وقد استخدمه لويتز وسويب Lowitz & Suib 1978 في الحد من تكرار عملية مص الإبهام لفتاة عمرها ٨ سنوات، حيث نتج عن ذلك تشوه في أسنانها نتيجة مص الإبهام. ووضعت قائمة التعزيز بحيث تعطى الطفلة (بنس واحد) إذا لم تضع إصبعها في فمها لمدة دقيقة واحدة خلال الجلسة العلاجية، وبعد خمس جلسات استبعد تقريباً وتم توسيع نطاق البرنامج بحيث ينفذ كذلك في المنزل، ومن ثم تخلصت الفتاة من هذه العادة ولم تمارسها خلال سنة كاملة من المتابعة بعد نهاية البرنامج، كما استخدمت هذه الطريقة في علاج بعض حالات النشاط الزائد، وفي تصحيح أخطاء التعلم وغيرها.

ب - تعزيز المعدلات المنخفضة من الاستجابة

Reinforcement of low Response Rates

وتستخدم هذه الطريقة في الحد من السلوكيات غير المرغوبة أو في زيادة الفترة الزمنية التي تمضي دون حدوث السلوك غير المرغوب وتعرف هذه الطريقة بالتعزيز بالتمايز للمعدلات المنخفضة من الاستجابة differential reinforcement of low rates of responding (DRL)

وفى هذا الأسلوب نتلقى الحالة التعزيز عندما تُظهر اختزال فى معدل السلوك الذى نهدف الى خفضه، وقد استخدمها ديتز 1977 Deitz فى خفض معدل الكلام لمراهق متخلف عقلياً (من فئة القابلين للتعليم) فى أحد فصول التربية الخاصة حيث أخبره المدرس أنه إذا تكلم ثلاث مرات أو أقل خلال مدة (٥٥) دقيقة فإنه سيقضى وقت أطول للعمل معه، وقد حقق البرنامج نجاحاً، حيث إنخفض معدل الكلام. كما يمكن استخدام قائمة تعزيز المعدل المنخفض من الاستجابة فى التخلص من بعض انماط السلوك بجعل مطالب التعزيز ملحمة باستمرار، وقد استخدم ديتز وريب 1973 Deitz & Repp هذا الأسلوب فى خفض معدل انخراط طلاب المرحلة الثانوية فى مناقشات اجتماعية أثناء فترة المناقشة فى موضوعات أكاديمية، لأن الهدف هو استبعاد الحديث غير المرغوب فيه حيث تم مكافأة الطلاب الذين يبدون درجة أقل من الانخراط فى هذا السلوك بتعزيزات من قبيل: اعطاءهم يوم الجمعة كيووم راحة (بالإضافة إلى يوم الأحد) إذا ارادوا ذلك. وقام الشخص المعزز بعمل أكثر من اربع جلسات نقاش فى نهاية كل أسبوع، ويتم اشراكهم فيها إذا كان معدل الحديث غير المقبول أقل فى اليوم السابق للجلسة وقد ثبت فعلاً نجاح هذا الأسلوب فى استبعاد السلوكيات غير المرغوبة.

العوامل المحددة لاستخدام التعزيز:

هناك بعض العوامل الأساسية التى يجب أن توضع فى الاعتبار عند استخدام التعزيز وهى: مدى تكرار التعزيز، الوقت المناسب لعملية التعزيز، وأنواع المعززات المستخدمة، وعاملى السن والجنس:-

١- مدى تكرار التعزيز:-

قد يسأل أحد المعلمين. هل يجب تعزيز السلوك لأى عدد من المرات؟ والإجابة على هذا السؤال تختلف باختلاف الموقف المعزز، فإذا كان يريد

الاسباب سلوكيات جديدة فانه يفضل تعزيز المتعلم فى كل وقت ولأى عدد من المرات يظهر فيه السلوك الجيد، ولكن قد يصعب تطبيق هذا المبدأ فى كل الأحوال وكذلك يجب استخدام وسائل من قبيل التعزيز اللفظى مثلاً أو الأنواع الأخرى من التعزيز كلما سمحت الفرصة لذلك، لأنه كلما دأبت عند مرات التعزيز دأبت الفرصة لتحقيق تعلم أسرع، فالطفل العدوانى يجب أن يعزز سلوكه إذا أظهر درجة من الصداقة والتعاون وأى استجابات غير عدوانية إزاء زملاء الفصل كما أن تعزيره لمرة أو مرتين غير كاف ولكن يجب أن يتم ذلك بشكل مستمر حتى يصبح هذا السلوك دائم الحدوث، وفى هذه الحالة يصبح من غير الضرورى تكرار التعزيز على الدوام ولكن من حين لآخر. وبنفس الأسلوب يمكن تعزيز سلوك الطفل الخجول إذا أظهر درجة مناسبة من توكيد الذات. وكذلك بالنسبة لانمط السلوك الأخرى. أما إذا كان للسلوك المطلوب تعزيره سلوك متكرر مثل إجابة طالب متفوق على أحد الأسئلة للصعبة مثلاً فانه يصبح من المفيد تعزيز هذا السلوك من وقت لآخر.

٢ - الوقت المناسب لعملية التعزيز:

بعض المعلمين يقدم المعزز (المكافأة) قبل أن يكمل الطالب العمل المكلف بانجازه، والبيض الآخر قد يقدم المكافأة قبل أن يصل إلى الجزء الصعب من الدرس أو حل المسألة أو قبل أن يصل إلى الجزء من الدرس الذى يكون أقل إثارة له، مثل هذه التصرفات خاطئة من قبل المعلم، ولعلنا نتساءل لماذا نعطي الناس إيجورهم بعد أن يفرغوا من العمل الذى كُلفوا به؟ إن إجابتنا على هذا السؤال توضح ولاشك متى يجب تعزيز السلوك، ولكن ما هو مقدار الزمن الذى يمضى بين حدوث السلوك المرغوب وعملية التعزيز؟

فى البداية يجب أن يكون الفاصل الزمنى بين حدوث السلوك المرغوب وعملية التعزيز قصير جداً وتدرجياً يتم زيادة هذا الفاصل الزمنى كلما تحققت درجة اكبر من ثبات السلوك، فبعض المعلمين يطلب من التلميذ أن ينتظر لليوم التالى، والبعض الآخر ممن يستخدمون الأنشطة كمعززات يخبر التلميذ أنه سيكون كافاً إذا راجعه آخر اليوم ووجد كل شئ فى العمل على مايرام، وهكذا. أما تحديد موعد ثابت لإثابة السلوك فقد يكون لها بعض السلبيات، فالمعلم الذى يختبر طلابه ويكافأهم بمعدل كل تسعة أسابيع مثلاً. فى هذه الحالة يبقى معدل التحصيل منخفض فى بداية هذه الفترة ثم يأخذ فى الارتفاع السريع فى نهايتها وهذا الأسلوب لا يكون مفيد مع الطلاب منخفضى التحصيل بشكل خاص.

ويجب أن يكون الفاصل الزمنى بين السلوك والتعزيز قصير فى حالات الأطفال الذين يعانون من تنحى واضح فى تقديراتهم لذاتهم أو فى الثقة بالنفس، فالتلميذ الذى يعانى من صعوبات فى القراءة على سبيل المثال ربما يحتاج إلى التعزيز بعد القراءة للصحيحة لكل كلمة على حدة، لأن ذلك قد ينمى لديه مهارات القراءة ويزيده من ثقته بنفسه ويزيد قدرته على إطلاقه الإحباط، وقد يكون ذلك أجدى من الانتظار حتى نهاية الصفحة أو الإنتهاء من القصة المقرؤة.

٣- أنواع المعززات:-

تتقسم المعززات إلى الأنواع التى سبق عرضها وهى المعززات الإجتماعية والإمتيازات والأنشطة، والتغذية المرتدة، وغيرها، ولكن يجب أن نضع فى الاعتبار بعض الأمور عند إختيار نوع المعزز المقدم للطفل مثل المرحلة العمرية له، والمستوى الاقتصادى الاجتماعى الذى ينحدر منه، وإعتبارات أخرى مرتبطة بالمعزز ذاته وخاصة فى حالة المعززات الرمزية.

فكل مرحلة عمرية تناسبها أنواع من المعززات لانتساب تماماً المراحل العمرية الأخرى، كما أن القيمة المالية للمكافأة يجب أن تتناسب مع المستوى الإقتصادي الإجتماعي للتلميذ فكما يقولون "أن مبلغ قليل قيمته ٢٥ قرشاً قد تكون بمثابة مصدر دفع جيد لذوى الطبقة المنخفضة، ولكنها لن تكون كذلك لذوى الطبقة المتوسطة أو المرتفعة" وبشكل عام يجب أن توضع الأمور الأتية فى الاعتبار عند تقديم المعززات الرمزية بشكل خاص .

- أن تكون مأمونة الجانب ولا تتطوى على أية مخاطر.

- ألا تكون ثمينه أو غالية الثمن بحيث يمكن استردادها ثانية.

- ألا تثير الدهشة أو تشغل التلميذ عن الدروس اللاحقة.

- ألا تكون سريعة التلف ويمكن الاحتفاظ بها.

٤- السن والجنس:

يحتاج الأطفال إلى أنواع مختلفة من التعزيز طبقاً للعمر والجنس، فأطفال الحضانة مثلاً لديهم رغبة لاتشبع لعملية المدح وذلك لإعتمادهم الشديد على سلطة البالغين، أما فى عمر السابعة فإن البنات أكثر لهفة للحصول على التعزيز من الكبار، فى حين يفضل البنين الاستحسان والتعزيز من قبل الأقران، كما وجد بورنز 1978 Burnz أن الأطفال بين ١١-١٥ سنة لديهم ميل معتدل أو متوسط لعملية المدح، وإن المدح الهادى يغنى موضع تقدير لدى الإناث بشكل خاص وليس امام كل الزملاء. أما دراسة دويك 1978 Dweck فتؤكد على أنه رغم تبنى المدرسة أساليباً مختلفة للتعزيز تبعاً لجنس من يعملون معهم من الطلاب إلا أن ذلك ليس مرجعه فهم حاجات الطلاب، ولكن طبقاً لأراء ثقافية يؤمن بها عن دور الجنس مؤداها أن المدح قد يسهم فى زيادة الثقة لدى البنين ومن ثم زيادة الانجاز وتعديل السلوك أكثر مما يسهم بالنسبة للإناث.

مميزات استخدام التعزيز:-

يعد الإستخدام المتوالى للمدح أسرع الطرق وأكثرها فعالية لخلق المناخ الإيجابى فى الفصل المدرسى، ويرى اتحاد علماء النفس التربويين أن المكافآت من كل شكل يجب أن تمنح للأطفال كلما أمكن ذلك بحيث يتركز العمل المدرسى فى الاتجاز والجهد واكتساب السلوكيات الصحيحة، ولكن من الناحية العملية يبدو أن المدرسين لا يتمتعون هذه للنصيحة، فقد كشفت الدراسات عن أنه بالرغم من أن المدرسين يميلون إلى تشجيع الإجابات الممتازة للطلاب أكثر من إنتقاد الإجابات السيئة إلا أنهم أكثر ميلاً لانتقاد السلوك غير المقبول إجتماعياً دون مدح السلوك المرغوب. ففى إحدى الدراسات على عينة من (١٢) مدرسة ثانوية فى لندن وجد أن متوسط التعليقات الإيجابية على عمل الطلاب فى كل درس تراوح بين ٣-٤ مرات، وأن المدرسين يقضون فقط حوالى ١٪ من وقتهم فى مدح أعمال الطلاب بينما نال السلوك الحسن أقل من ذلك من المدح مما يؤكد أن المدرسين يميلون للمكافأة على العمل الأكاديمى أكثر مما يعاقبون عليه فى حين يحدث العكس بالنسبة للسلوك الإجتماعى، وقد يرجع ذلك إلى أن معظم السلوكيات غير المرغوبة إجتماعياً تكون سلوكيات عدوانية قد يوجه بعضها إلى المعلمين ذاتهم مما يجعل التعقيب على هذه السلوكيات مصدر للتهديد، كما أن المعلمين قد يتجنبون أى نوع من التفاعل مع مثل هؤلاء الطلاب وخاصة فى المرحلة الثانوية.

ولتقييم فعاليات عملية التعزيز، وتوضيح مميزاته: فإن ذلك يكون فى ضوء معيارين:

- المعيار الأول إدارى وهو: هل يمكن للمدح والتعزيز أن يساعد المدرس فى السيطرة على الفصل حتى يتغير سلوك الطلاب إلى الأحسن؟

- المعيار الثاني تربوى وهو: هل استخدم المدح والتعزيز يمكن أن يحقق اسهاماً مباشراً فى عملية مساعدة الطلاب فى التفكير بوعى ونضج فيما يخص سلوكهم، وتأثير المعلم فى قدرات الطلاب حتى ينجحوا فى تعلمهم وتنمية الميل الإيجابى حيال أنشطة المنهج.

المعيار الأول: كما أوضحنا سابقاً فإن عملية المكافأة تلعب دوراً أساسياً فى عملية تعديل السلوك وكوسيلة لإدارة الفصل، وهذه الأساليب مشتقة من نظريات التعلم التى طورت وطبقت على المجال التعليمى، وخاصة افكار مكنتر Skinner الذى يرى أن السلوك غير المرغوب يمكن تغييره بواسطة التحكم فى العوامل البيئية، ونعنى هنا بالسلوك ذلك السلوك الملاحظ، أما الأفكار وآراء الشخص عن الصواب فى السلوك فلا مجال لها هنا، ويتم التكريب فى خمس خطوات أساسية هى:-

١ - تحديد نوع السلوك بدقة مثل الجلوس إلى المقاعد أو الحديث بصوت واضح أو غيره.

٢- يقوم المدرس بتسجيل الاحداث المرتبطة بالسلوك لعدة ايام مع احصاء متوسط التكرار لكل حدث، ولكى تتحقق الموضوعية فلا بد من تعريف السلوك بكل دقه.

٣ - على المدرس أن يعطى تعزيزاً ايجابياً بانتظام مثل المدح أو المكافأة أو غيرها مع الإصرار على استمرار السلوك المطلوب، والتأكيد على أن الاطفال أو الطلاب الذين يكررون السلوك سوف يحصلون على المكافأة فى الحال. كما يفضل تنويع المكافآت من المدح إلى صور عينية كالنفود والحلوى أو النزهة أو غير ذلك، كما ينبغى أن يتم الإتفاق على نمط السلوك ونوع المكافأة بين المدرس

والأب في حالة قيام الوالدين بتعزيز مثل هذه السلوكيات حتى لايميل الطفل إلى ممارستها في المنزل دون المدرسة إذا كان التعزيز المقدم في المنزل أفضل أو العكس.

٤ - بعد فترة يعاد تقييم سلوك الأطفال من خلال لوحة بيانية وتقارن النتائج بالبيانات الأصلية.

٥ - إذا كانت نتائج الخطوة السابقة مشجعة فإن جدول التعزيز يمكن أن يستمر بطريقة منظمة، لأن الأساليب المنتظمة أفضل من الممارسات العالية التي يقوم بها المدرسين كالمدح والمكافأة من وقت لآخر وإهمال التعزيز أحياناً.

المعيار الثالث: تؤكد العديد من التجارب والدراسات التي تمت على الأطفال أن المدح والمكافأة يمكن أن تُسرّع وتقوى الميل الحقيقي لهم تجاه النشاط التربوي، ويرجع ذلك ولاشك إلى مايقدمه المعلم من معلومات للطفل حول أدائه ومساعدته لهم على تقييم الاداء الاكاديمي لكل واحد منهم، كما أن استخدام التعزيز يمكن أن يكون باعثاً على تنمية الميول التربوية للطلاب، ولذلك يجب التمييز بين المدح العام والخاص، فالعبارة العامة في المدح "عظيم" أو "أحسنتم" - رغم أنها تُشعر التلميذ بالإجادة إلا أنها لاتخبره بالضبط ماهو السلوك موضع الإعجاب، وفي تجربة قام بها سكير Scheer على أطفال تتراوح أعمارهم بين ١٠-١١ سنة طلب منهم تصنيف ٥٤ بطاقة محتوية على رموز بألوان مختلفة، وخلال الممارسة تم مدح بعض الأطفال بما يصف طريق التصنيف التي اتبعوها مثل "عظيم" أنتى أفضل طريقتكم في التصنيف" وما إلى ذلك - بينما مدح غيرهم على فترات متباعدة مدحاً عاماً كل ثلاثة بطاقات في حين أن المجموعة الثالثة لم تمدح على

الإطلاق ... وكانت النتيجة أن أطفال المجموعة الأولى الذين مدحوا مدحاً وصفيّاً محدداً كانوا أكثر نجاحاً من أطفال المجموعتين الأخريتين واللّتين لم يظهر بينهما إختلافاً فى الأداء، كما أوضح بروفى 1976 Brophy أن المتعلمين يميلون إلى المدح غير المحدد، وانهم يميلون أكثر لمدح الأطفال بغرض اتمام المهمة أكثر مما يعلقون على نوع الأداء - فثمة تميزاً هاماً بين مدح التلميذ واستحسان عمله، فالأول ينصب على التلميذ نفسه ويتأثر بالعلاقة الشخصية بين التلميذ مما قد يكون له نتائج غير مرضية، وحيث أن التلميذ يقدر سلطة المدرس فإن مثل هذا المدح قد يفرز مشاعر الإمتنان الشخصية بحيث يراه التلميذ معبراً عن قيمة ذاتية له، ولكن إذا لم يقدر التلميذ سلطة المدرس فإن المدح الموجه للتلميذ يسبب مشاعر الحرج والإرتباك وقد يقل هيبة التلميذ التى يجدها بين أقرانه. أما المدح الموجه لعمل الطالب واداءه دون النظر للطالب كشخص سوف ينقل له قيمة النشاط والتميز الذى يبلغ به الأداء مستوى القبول، فالطفل سيحصل حينئذ على الرضا بالانجاز ذاته دون الاعتماد على علاقته الشخصية مع المعلم.

مأخذ على استخدام التعزيز:-

رغم ماسبق الإشارة إليه من دور التعزيز بأنواعه المختلفة فى تعديل السلوك وماله من مميزات تتضح فى الجانب الاجتماعى والإدارى والجانب التربوى إلا أنه لا يخلو من وجود بعض المأخذ يمكن تلخيصها فى الآتى:-

- ١- قد يحمل آثاراً عكسية نحو الميل الذى نريد اكسابه للطلاب حيال النشاط المرغوب. ففى إحدى دور الحضائنة وعد بعض الأطفال بالمكافأة على حسن اداءهم فى نشاط اختياري يفضلونه عن أنشطة أخرى، واختار الأطفال الرسم كنشاط مفضل، وكانت المكافأة هى

شهادات مختمة بماء الذهب ومحلاة بأشرطة ملونه، بينما المجموعة الثانية لم توعد بشيء، وبعد اسبوع تم ملاحظة التلاميذ في فصولهم العادية حيث أدوات الرسم متوفرة مع الأدوات الأخرى اللازمة للعب. فوجد أن الأطفال الذين توقعوا المكافأة في الموقف التجريبي فقط أظهروا اهتماماً أقل بالرسم، بينما أظهر الأطفال الآخريين ميلاً متزايداً نحو هذا النشاط علاوة على ذلك كانت رسومهم أفضل من رسوم المجموعة السابقة، والتفسير الوارد لهذه النتيجة مواده أن اثر الترضية الزائدة والمتمثل في العرض المغري بالمكافأة لتنفيذ النشاط الذي سبق اختياره - لا أدائه للمتعة في حد ذاته- سوف تقتل المول الحقيقي، وهو ما أكدته دراسات عديدة على أطفال ومراهقين في مجالات وأنشطة متنوعة ومكافآت متباينة القيمة.

كما يفسرها ليبير وجيلفوك 1983 Lepper & Gilovich بأثر الترضية الزائدة - حيث يرى أن الوعد بالمكافأة يجعل الأطفال يصرفون اهتماماتهم عن ملامح النشاط التي تجعل منه نشاطاً ممتعاً إلى الأمل في الحصول على المكافأة، كما أن العلم بنوعية الجائزة قد يحمل أثراً عكسياً لدى الأطفال نوى الكفاءة الشخصية حيث يجعلهم يعززون نجاحهم إلى المكافأة والحوافز الخارجية أكثر من عزوها إلى الجهد الذاتي وقدراتهم الذاتية - كما أن الرغبة في الحصول على المكافأة يجعل الأطفال والمراهقين يركنون إلى الإستجابات المألوفة ولا يخطأون بالإستجابات الإبداعية الخلاقة، وللحد من هذا الأمر والتغلب على هذا المأخذ يجب على المعلم أن يتبع الآتي:-

أ - عدم الإخبار عن نوعية الحافز أو المكافأة وتنويعها في كل موقف.

ب - ربط المكافأة بمستويات محدودة من الإنجاز وليس لمجرد الانخراط في النشاط المرغوب.

ج - جعل التعلم أكثر استمتاعاً من خلال تقديم مشكلات تتحدى القدرات وربط الجائزة بكفاءة الطفل الفعلية وليست المألوفة.

٢ - أن التعزيز يعتمد على مدى صحة السلوك، والمشكلة هنا أنه مهما كانت دقتنا في الحكم فإن الأحكام الشخصية لأمير منها وخاصة فيما يتصل بمقاصد الطفل من السلوك حتى أن البعض يحذر من استمرار تعديل السلوك بالإثابة كتكنولوجيا لاعتق لها.

٣ - المأخذ الأخير هو مأخذ أخلاقي - حيث يوجه النقد للتعزيز لأنه يقهر ويسير الطفل ألياً وإن كان ذلك بطرق جذابه بحيث لا ينظر إليه كإنسان له ضميره ومشاعره واغراضه أو كما يقول ناش Nash 1966 أن السيطرة يمكن أن تكون تسلطاً من جانب السلطة التي تستخدم القوة الجسمانية كما أن السلطة الآلية تستخدم الإغراءات الميكولوجية فهي أكثر رقة وإتزاناً وراحة ولكن من الضروري إدراك أن ذلك لايعنى أنها تحترم الشخص الذي تسيره.

ثالثاً: أساليب العقاب Punishment techniques:

تمثل أساليب التعزيز القاعدة الأساسية لأغلب برامج العلاج السلوكي في المدرسة كما أن أساليب العقاب تستخدم كذلك ولكن بدرجة أقل في جزء من برامج العلاج، فالعديد من أساليب العقاب قد تكون مفيدة أحياناً، وفيما يلي عرض لأهمها:-

١- التآنيب اللفظي Verbal Reprimands

يعد استخدام عبارات التآنيب والفاظة التي من قبيل: "أحذرك، أنذرك، أنا غير موافق، لا" من أكثر الكلمات تكراراً في الفصول المدرسية، وربما

تكون أكثر استخداماً من عبارات والفاظ الموافقة، ويستخدم للتأنيب كجزء من برامج واسعة تستخدم فيها الموافقة لزيادة السلوك المرغوب، والرفض والتأنيب لاختزال السلوك غير المرغوب، وعلى سبيل المثال فقد استخدم أحد المعلمين كلمة لا (No) في مدرسة للتربية الخاصة مع طفلة عمرها سبع سنوات كانت تقوم بسلوك إيذاء الذات، وقد إختفى تماماً هذا السلوك أثناء استخدام عملية التأنيب هذه ثم عاد مرة أخرى بعد التوقف عن استخدامه.

ويستخدم للتأنيب في معظم السلوكيات غير المقبولة (المكروهة) ومن المحتمل أن يكون أسهل أساليب العقاب تطبيقاً، ولكن قد يؤدي تكرار استخدامه في كل للمواقف غير المقبولة إلى أن يفقد قيمته أو أهميته، ويرى بعض الباحثين أن التأنيب وعدم الموافقة لهما متسقين في فعاليتيهما بشكل عام. ففي العادة نستخدم أسلوب الرفض للسلوكيات السيئة في الحال بمجرد ظهورها، وفي حالات أخرى قد يفيد التأنيب كتعزيز إيجابي أكثر منه عقاب، وقد وجد مادسن وآخرون Madsen et al 1970 أن المدرس الذي يأنب الطفل بقوله إجلس يؤدي ذلك إلى تكرار مرات الوقوف من قبل الطفل. كما أن بعض الدراسات ترى أن للتأنيب أثر ضئيل أو ليس له أثر على الإطلاق وترجع ذلك إلى أن الظروف والتطبيقات التي يكون عندها التوبيخ فعالاً تبقى غير معروفة جيداً.

وأحد الأسباب المحتملة لاستخدام التأنيب هو تطوير جمل لفظية كأحداث مكروهة تبقى تؤثر في السلوك، لأن التأنيب في حد ذاته أكثر كراهية، ومن المهم لسلوك أى إنسان أن يبقى منضبطاً بتأثير بعض العبارات اللفظية، فالآباء والمعلمين ومن يلعبون دوراً في تعديل سلوكنا قد يكونوا مهتمين بتضمين حديثهم بعض عبارات التأنيب، ولكن على العموم يبقى التأنيب أقل فعالية على الدوام في تعديل السلوك.

٢ - الوقت المستقطع من التعزيز Time out From Reinforcement

ويعرف اختصاراً "بالوقت المستقطع" ويقصد به إلغاء كافة التعزيزات الإيجابية لفترة محددة من الوقت، وفي هذا الوقت المستقطع لا يتلقى الطفل المعززات الإيجابية التي كان يتلقاها بطبيعة الحال وهناك طرق لتطبيق هذا الأسلوب منها مثلاً عزل الطفل أو إبعاده عن الموقف، وقد استخدم لاهي وآخرون Lahey et al 1973 هذا الأسلوب في علاج طفل عمره عشر سنوات يتقوه بألفاظ الفحش ويخمش وجهه، وقد تم قمع هذا السلوك بعد وضع الطفل في حجرة صغيرة مجاورة للفصل لمدة خمس دقائق. ويمكن تطبيق أسلوب الوقت المستقطع بدون أبعاد الطفل، فقد عالج بورترفيلد وآخرون Porterfield et al 1976 طفل يمارس سلوكيات سيئة من قبيل العض، ودفع الأطفال الآخرين، والبكاء، وإصدار أصوات أثناء النشاط الرياضي حيث كان يجبر على البقاء خارج إطار هذا النشاط، ويمنع من اللعب ويجلس فقط لمراقبة الأطفال الآخرين لمدة لا تزيد عن دقيقة، وأسفر ذلك عن تحسن في السلوك، كما يمكن تطبيقه بدون إبعاد الطفل من المجال على الإطلاق فقد وضع فوكس وشابيرو Fox & Shapiro 1978 برنامج فصول التربية الخاصة للطفل المتخلف عقلياً، فالهدايا والأبتسامات تقدم بشكل طبيعي للأطفال أثناء عملهم، حيث أعطى كل طفل وشاح Ribbon ليلفه حول عنقه وذلك لتمييز الأطفال الذين يستحقون التدعيم الاجتماعي أو التعزيز المادي بالغذاء مثلاً أثناء العمل ويتم في الوقت المستقطع إزالة الشاش من على عنق الطفل لمدة ثلاثة دقائق إذا ما ارتكب سلوك غير مقبول، وخلال هذا الوقت لا يمكن تلقي أية تعزيزات من قبل المعلم، ويبقى التلميذ جالساً مكانه أثناء الوقت المستقطع، وقد نجحت هذه الطريقة في الحد من السلوكيات الخاطئة بدون العزل الكلي أو العزل الجزئي.

ويعد أسلوب الوقت المستقطع فعالاً جداً في الحد من السلوكيات الخاطئة في الفصل وفي المنزل والمؤسسات التربوية والعلاجية عموماً، ويوصى دائماً أن يكون الوقت المستقطع قصيراً نسبياً حتى لو تكرّر ذلك عدة مرات فقد يكون أكثر فعالية من الوقت المستقطع الطويل ويتراوح الوقت المناسب بين عدة ثوانٍ ويضع دقائق، كما يوصى بالأسلوب الأخير وعدم ابتعاد الطفل كلياً أو جزئياً وبقاء الطفل يراقب الأطفال الآخرين فقد يؤدي ذلك إلى اكتساب الطفل انماط سلوكية مقبولة من خلال عملية التعلم بالملاحظة، مالم يكن سلوك الطفل مضطرب بشكل واضح وقد يؤدي إلى إعاقة السلوكيات الصحيحة للأطفال الآخرين وإرباكهم فيما يقومون به من نشاط، في هذه الحالة يكون من الأفضل عزل مثل هذا الطفل، وبشكل عام فإن فعالية استخدام الوقت المستقطع من التعزيز تزداد كلما كان موقف النشاط مصحوب بتعزيزات مناسبة.

٣ - ثمن الاستجابة Response cost

يشير ثمن الاستجابة إلى فقد التعزيز الإيجابي أو جزء منه، وفي معظم تطبيقات هذا الأسلوب يتم استرداد جزء تم منحه على شكل معززات، ومن هذا المنطلق يشعر الطفل أنه سيخسر شيئاً ما نتيجة سلوكه الخاطئ، ولذلك يجب أن يقوم المعلم بشرح هذا الأسلوب قبل تطبيقه مقترناً بالتوجيهات المناسبة ليعرف الطفل متى سيطبق عليه هذا العقاب، وقيمة التكلفة التي سيخسرهما، فإذا ماخسر الطفل كل ما اكتسبه من تعزيزات إيجابية في مواقف سابقة في هذه الحالة يفضل تطبيق أسلوب الوقت المستقطع عليه إذا ما استمر على سلوكه الخاطئ. وهناك ثلاثة أنواع من تكلفة الاستجابة هي: التصميم العشوائي (Arbitrarily) والمنطقي Logically، والطبعي Naturally، وفي كل أسلوب منها يتم التنفيذ بشكل مختلف. ومن أمثلة

الأسلوب الأول عدم السماح للطفل بالجلوس مع أصدقائه أو في المقعد الذى إختاره، فقد بعض التعزيزات مثل منعه من إستخدام اللعب والمجالات لفترة من الوقت حتى يتحسن سلوكه، وعدم تصحيح إخطائه، وعدم إعطائه فسحة من الوقت الحر لممارسة أنشطة المجموعة واللعب مثلهم، وغيرها. أما الأسلوب المنطقى فيعتمد على المنطق فى التعامل مع الطفل كأن نقول له إذا دفعت زملائك للوقوف فى أول الصف سأجعلك تقف فى آخر الصف. أو إذا كتبت ثانية على مكتبك وشوهرته سأحرمك منه ما بين ٥-١٥ دقيقة، إذا تكلمت بطريقة الأطفال ثانية فلن أسمع لك، إذا ألقيت القمامة على الأرض فستكلف بنظافة الفصل طول اليوم، وهكذا. أما الأسلوب الأخير فإنه يختلف عن الأسلوب الثانى فى أمرين: الأول أنه يأتى طبيعياً دون التخطيط له وقد لا يكون قد سبق للمعلم استخدامه، والثانى أنه أقل اعتماداً على وجود علاقة حسنة بين المعلم والتلميذ مثل الأسلوب المنطقى، ولكنهما يشتركان فى أن كليهما فقد للتعزيز ويجب أن يتما بمجرد حدوث السلوك غير المنطقى، ومن أمثلة الأسلوب الأخير ما نقوله أحياناً بشكل محدد مثل: إذا حضرت للمدرسة متأخراً فسوف تحرم من وجبة الفطور فى بداية اليوم، أو ما نقوله أحياناً بشكل عام مثل: إذا لم تضع ادواتك المدرسية فى المكان المحدد لها فلن تجدها عندما نحتاج إليها، الطالب الذى يؤذى زميله سيخسر صداقته ويصبح مكروهاً منه، الطالب الذى يكتب على زميله، فلن يتق فى بعد ذلك، وهكذا.

وقد استخدمت برامج عديدة تعتمد على طريقة ثمن الاستجابة فقد أعد لواتا وبيللى Louata & Baioley 1974 برنامجاً للإستخدام مع فصول التربية الخاصة بالمرحلة الابتدائية حيث يعطى التلاميذ نقاطاً (بونات) Points يمكنهم تحويلها إلى وجبات وجوائز فى بداية الدرس ويفقدونها إذا أخطوا بنظام الفصل (مثل عدم الالتزام بالمقاعد، أو تحدثوا بدون أن يرفعوا أيدهم) حيث

يقوم المدرس بحرمان الطفل غير الملتزم من وجبه أو جائزته، وقد ثبتت فعالية هذا البرنامج وأدى إلى زيادة السلوك المرغوب والتخلي عن السلوك غير المرغوب. وليس بالضرورة أن يستخدم بونات يتم تحويلها إلى وجبات أو جوائز، فقد يكفي فقط بسلب الطفل لهذه البونات وقد قام هل وآخرون Hall et al 1972 باختزال سلوك الصراخ والبكاء لدى طفل يعاني من اضطرابات إنفعالية، حيث كان يعطى الطفل شرائح من الورق مكتوب عليها اسمه في بداية الدرس، وهذه الشرائح الورقية لا يمكن استبدالها بوجبات أو جوائز، وعندما يمارس الطفل للسلوك غير المرغوب يسلب أحد هذه الشرائح أولكها. ولوحظ أن هذا الأسلوب أدى إلى تحسن جيد في سلوك الطفل.

ويمتاز أسلوب ثمن الاستجابة بأنه سهل التطبيق كإجراء عقابي، وأن نتائجه سريعة، ولكن استخدام التعزيز الرمزي في برنامج واحد مع هذا الأسلوب قد يجعل أسلوب ثمن الاستجابة أكثر فعالية.

٤ . التصحيح للزائد والاجراء الايجابي

Overcorrection and positive practice

وقد تم تطوير هذا الأسلوب بواسطة فوكس وأزرين Foxx & Azrin 1972 وهو بمثابة جزاء Penalty بسبب الانخراط في سلوك غير مرغوب، والذي يتكون من أداء سلوكيات أخرى في نفس الموقف. ويمكن التمييز بين مكونين أساسيين في التصحيح للزائد. المكون الأول يمكن تعريفه بالعودة إلى وضع سابق (الرجوع أو الإرتداد) Restitution، ويتضمن تصحيح الآثار البيئية للسلوك غير المرغوب (مثل ترتيب أو تنظيف مانتج عن سوء استعمال شيء ما). أما المكون الثاني فيعرف بالإجراء الايجابي Positive

Practice ويتضمن تكرار إجراء السلوك المرغوب (مثل ترتيب أو تنظيف الحجرة مثلاً مرات عديدة) وعلى المعلم أن يشرح الإجراءات الإضافية التي يرغب في تعليمها أو السلوك المرغوب تعلمه فالطفل الذي يبعثر الطعام أثناء الغذاء ليس عليه فقط جمع مبعثره بعد الانتهاء من الطعام ولكن عليه كذلك أن يجمع الأطباق غير النظيفة في سلة واحدة مثلاً. كما أن التلميذ الذي يحدث ضجيجاً في الفصل ربما يجبر على السكوت لبضع دقائق، ويتمهد أمام الآخرين أن هذا السلوك لن يتكرر ثانية. وهكذا فإن مثل هذا الأسلوب العقابي يصلح للاستخدام للأطفال الذين يمارسون سلوكيات كالمسقة والسلوك العدواني وسلوك إثارة الذات والتي من قبيل التصفيق والثرثرة، وتحريك اليدين ومشكلات التدريب على الإخراج، ولذلك يعد من أكثر أساليب العقاب مناسبة للسلوكيات التي تقاوم عند تعلمها أو ما تعرف بالسلوكيات العنيدة في تعلمها كالحذ من النشاط الزائد مثلاً. غير أن التقارير الموضحة حول استخدام هذا الأسلوب في الفصول الدراسية مازالت محدودة نسبياً حيث استخدمه أزرين وباورز Azrin & Powers 1975 في علاج ستة أطفال تتراوح أعمارهم بين 7-11 سنة من الملتحقين ببرنامج دراسي صيفي يعانون من تكدن في مستوياتهم التحصيلية وتكرار سلوك إتلاف محتوى الفضل المدرسي. وللتصحيح الزائد من سلوك التخريب تم تنبيههم إزاء سوء سلوكهم وتوجيههم إلى اتباع القواعد المدرسية، كما تم إعطاء الأطفال قائمة بالتعليمات التي يجب أن يسلوكوا في ضوءها والسلوكيات التي يجب تجنبها، أما أسلوب الاجراء الايجابي فتضمن جعل الطفل سيئ السلوك يقوم بتنظيف وترتيب الفصل كلما فعل سلوكه حيث يطلب منه أن يرفع يده ليكون معروفاً للمدرس ولزملاءه ويقوم باجراء الترتيب والتنظيف لمدة خمس دقائق، وهذا الاجراء كان يتم في الحال بمجرد حدوث السلوك غير المرغوب، وأخيراً تم

تأجيله ليحدث وقت الفراغ أو الراحة. وقد تم التخلي عن هذا السلوك من قبل الأطفال بشكل نهائي. كما استخدم مثل هذا الأسلوب كل من بارتون وأوسبورن 1978 Barton & osborn في علاج مشكلة العلاقات بين الطلاب، واستخدمها فوكس ١٩٧٦ في علاج مشكلة عدم الإتصالات وكلها تعتمد أما على تجنب الطفل لسلوكيات غير مرغوبة أو مساعدة ذاته على تطوير الرعاية الذاتية.

فعالية العقاب في المدرسة:-

إن عددا كبيرا من الإجراءات العقابية مناسبة وتطبق في المدارس لأن مفهوم معظم المدرسين عنه بأنه ضروري لعملية كبح السلوكيات غير المرغوبة، والقانون يساندهم أحيانا، فالمعلمون في المدرسة يققون موقف الأباء في عملية الرعاية والتربية من أجل مصالح الجماعة، ولذلك فإن لديه المبررات لإستخدام نسبة من الكبح يراه ضروريا مثلما يفعل الأب، ولأن العقاب يتضمن بالضرورة الإيلاء والنفور فإنه لايجب استخدامه إلا في استئصال وإزالة شر أكبر، فالمسوغ القلبي لاستخدام العقاب يتمثل في الحفاظ على مصالح الفرد والجماعة الرسمية التي ينتمى لها، ولذلك كان من الخطأ استخدامه مالم يحقق دافعية لزيادة التحصيل وزيادة الإلتضباط أما إذا تولد عنه مشاكل أسوأ من تلك التي استخدم لمنعها أو كان الفعل الخاطئ يمكن الحلولة دونه بوسائل أخرى غير العقاب كان من الضروري التخلي عنه وعدم اعتبار العقاب وسيلة لغاية ويصبح عديم القيمة في حد ذاته.

إن الإدعاء النفعي لوجود العقاب يجعل منه شريطة ضروريا لتحقيق النظام في الفصل ومراعاة القواعد الأخلاقية والقانونية وتيسير دفة الحياة للمدرسية، ويعرف العقاب كذلك بأنه أحد الأدوات الفعالة لإقصاء كل ما هو

غريب فهو كاللواء قد يكون لازم رغم مرارته، وتعتمد فعالية العقاب على بعض الشروط التى ترتبط بالموقف المستخدم فيه، والمستخدم للعقاب، حجم العقاب ونوعه، كما يعتمد على طبيعة شخصية الطفل المُعاقب.

الشروط المثلى لفعالية العقاب:-

يذكر أنصار نظريات التعلم من خلال الدراسات التى تمت فى العيادات أن العقاب يمكن أن يكون فعالاً إذا استخدم بوعى، وكلما ظهرت بوادر سوء السلوك. هذين الشرطين نادراً ما يتحققا فى التشكيلات المدرسية العادية.

وفى تجربة دعا فيها بارك وديور 1972 Parke & Deur تسعين طفلاً تتراوح أعمارهم بين ٨-١٠ سنوات إلى إرتداء قفازات الملاكمة وأن يضربو دمية كبيرة، وذكر الباحثين أن الأطفال الذين تخلصوا من (أوقفوا سلوكهم العدوانى على الدمية) سلوكهم العدوانى كانوا هم الذين عوقبوا بتعريضهم للضوضاء العالية الصادرة من جرس طنان عند لكم الدمية، أما هؤلاء الذين تلقوا نفس المعاملة لنصف الوقت وحصلوا على جوائز مادية فى النصف الآخر وهؤلاء الذين لم يعاقبوا أو يكافئوا على سلوكهم فلم يتخلوا عن سلوكهم العدوانى، ويمتطرد الباحثين قائلين إن العقاب أقل فعالية فى مواقف الحياة العادية بسبب الأسلوب الغريب الذى يوظف به.

وهناك مشكلات فى استخلاص الإستنتاجات للسلوك اليومي من الدراسات ذات المواقف المعقدة، ولأن اصطلاح العقاب كما يستخدم فى المعمل لأغراض تجريبية ليس له نفس الدلالات فى الحياة الواقعية ومواقفها، لأن التجارب لاتعنى بسوء السلوك كما هو فى المواقف الحياتية بما يحمله من تصرفات تعد خطأ أخلاقياً، ففى التجربة السابقة صممت مواقف العدوان صناعياً ولايوجد أى شئ يشعر الأطفال بالذنب، كما أن شكل العقاب فى هذه

التجربة (طنين الجرس) لايطابق ما يحدث في المدرسة واقعياً، كما أن النجاح يقاس بمعايير التحسن دون أية اهتمام بالتغيرات التي من قبيل فهم الأطفال لسلوكهم، كما أنه ليس هناك تمييزاً يُعتمد به بين العقاب المرن والصارم.

كما أشار نانتش إلى أن استمرار العقاب دون إعتبار لمفهوم الطفل للظروف المحيطة به قد يخذى سلوكاً غير مرغوب فيه ويؤدى إلى اعتمادة على الكبح الخارجى لسلوكه، كما أنه قد يؤدى لتوليد تساؤلات لدى الطفل حول تصرفاته. كما يتباين أسلوب العقاب المستخدم فى المدارس بتباين السلوك والطبقة الإجتماعية التى ينحدر منها الطالب والسياسة العامة فى المدرسة. فقد عرض رينولدز Renolds 1976 لأساليب العقاب التى يعامل بها التلاميذ عن ضروب من السلوك يعتقدون أنهم أحرار فى ممارستها مثل التدخين أو مضغ اللبان (العلك) ففى إحدى المدراس التى يكثر فيها أبناء الطبقة العاملة وينتشر فيها سلوكيات تدل على تكنى الالتزام كان على المدرسين التجول بالمبنى خلال الفسحة أو وقت الغداء بحثاً عن التلاميذ الذين يمضغون اللبان أو يدخنون وعند ضبطهم فإنهم أما يعاقبون بالضرب على الرأس أو الزراعين قبل إلقاء اللبان أو تسليم السجارة، وأحياناً يضربون بالعصا، وعلى النقيض من ذلك ففى المدراس التى يسود فيها سلوكاً أكثر التزاماً من قبل الطلاب رفض المدرسين تطبيق هذه الأساليب مع الطلاب غير الملتزمين واستخدم مدرسوهم أسلوب المهادنة ورأوا أنه ليس من الضروري استخدام المعدلات العالية من العقاب وانه يكفى الاعتماد على العقاب المعتدل لتحقيق الإنضباط.

كما يؤثر عامل "توقيت العقاب" فى نجاح عملية إنطفاء السلوك غير المقبول، ففى إحدى التجارب التى تمت على الأطفال الصغار وطلب منهم

عدم اللعب بالعاب معينة. وعقاب هؤلاء الذين لا يلتزمون بذلك، حيث كان الطفل يعاقب عندما يبدأ فى التصرف بشكل غير مناسب، حيث فسرهما أرونفريد 1976 Aronfreed بان الطفل سيُشعر بمشاعر مؤلمة كلما أغراه سلوك غير مقبول (محذر منه) بمعنى أن العقاب عند بداية السلوك الخاطئ سيساعد الطفل على أن ينمى ضميراً كايحاً، ولكن إذا عوقب الطفل بعد ارتكابه السلوك الخاطئ فسوف يجعله يشعر بالذنب مما يجعل العقاب يولد اللهفة المرتبطة بالشعور بالذنب دون أن يكون له أثراً كايحاً، فإذا كان هذا الافتراض قابلاً للتطبيق فى المواقف العادية فإن توقيت العقاب يمكن أن يكون عاملاً هاماً فى تقليل مغريات الطفل على سوء السلوك مرة أخرى. ولكن للأسف لا يمكن للمدرسين أن يكونوا ملاحظين ثابتين فى الفصول المدرسية كما هو الحال فى المواقف التجريبية، وحتى لو كان كذلك فربما يظنون أنه ليس من الحكمة اللجوء إلى العقاب قبل تجربة وسائل ايجابية أخرى.

وأخيراً. يختلف الأطفال فى درجة إستجابتهم ايجابية للعقاب، فالفروق الشخصية قد تكون عاملاً مؤثراً فى نجاح العقاب كوسيلة لتدريب الأطفال على السلوك المقبول، ويقترح أيزنك أنه تحت ظروف محفزة واحدة تكون مستويات الإثارة فى الطبقة اللحاءية للمخ أكثر حساسية للتغيرات الداخلية من التغيرات الخارجية، فإذا كان ذلك صحيحاً فإن التغيرات الداخلية تكون أكثر ارتباطاً بالمثيرات الشرطية وأكثر استجابة للثواب والعقاب، وبذلك يعنى أن العقاب قد يكون فعالاً أو مؤثراً مع الأطفال نوى الدرجة المرتفعة من الحساسية الشخصية (الاجتماعية والانفعالية) عن منخفض الحساسية، ولدى نوى التوجيه الداخلى (مركز الضبط الداخلى) عن نوى التوجيه الخارجى.

الأعراض الجانبية غير المرغوبة للعقاب:

مما يجب تحذير المدرسين منه هو النتائج غير المقصودة للعقاب، ومهما تبدو فعالية العقاب على المدى القصير فإن الكبار المعنيون باتباع أساليب عقابية قد يتسببون دون وعي في ظهور أنماط سلوكية غير مرغوبة يمكن توضيحها فيما يلي: -

١ - لما كان العقاب يمثل مواجهة بين المعاقب والمُعاقب فإنه لا يعلم الأطفال ما يجب أن يفعلوه وإنما يعلمهم مالا يجب أن يفعلوه، ولذلك يحتج سكينر Skinner بأن العقاب يعلم الأطفال أساليب التجنب ويشجع السلوك المرغوب في وجود الكبار فقط، وقد يدفعهم إلى الركون إلى العقاب ولو بدرجة طفيفة.

٢ - في حالات سوء سلوك الأطفال الذي يرجع إلى رغبتهم في لفت الانتباه فقد يعزز العقاب لهذا السلوك في الوقت الذي يقصد كفه بالعقاب. ويرجع ذلك إلى رغبة الطفل في جذب الانتباه وأنه قد حقق ما أراد من خلال استجابة المدرس حياله وكذلك حيال زملائه من الطلاب فقد يسيئ الطالب سلوكه ليضايق المدرس أو ليكون موضع إعجاب من رفاقه فإذا ما استجاب المدرس بما حقق للغرض من السلوك ينشأ عن ذلك تقوية الاستجابات غير المرغوبة لدى الطالب، كما أن رؤية المدرس مستاءاً يجعل بعض الطلاب سعداء، لذا كان على المدرس تجاهل مغريات سوء السلوك وعدم معاقبة الجاني في الحال، فالتظاهر بعدم وجود سلوك خاطئ أو مضايق لن يجعل الطالب يتمادى في سلوكه وستكون اثارة الإيجابية أكثر من السلبية، على أن يرتب المدرس وقتاً مناسباً وأسلوباً فعالاً لعلاج المشكلة. ولذلك يوصى السلوكيين باتباع أساليب تتضمن

مكافأة الأطفال على سلوكهم الحسن وتجاهل سلوكهم السيئ. إن ارتفاع صوت المدرس على الطلاب المعاقبين قد يساعد على ظهور سلوك جذب الانتباه لأن الطالب المخطئ سيصبح مركز اهتمام الفصل كله، كما أن العقاب الملحوظ قد يربك عمل الفصل، ويخلق الصوت العالي نوعاً من التوتر يؤدي إلى السب اللفظي والمواجهة، وفي تجربة روتر وآخرين التي تمت في مواقف طبيعية ينكر بأن المدرسين الذين يتميز طلابهم بالسلوك المزعج قد طُلب منهم استخدام عقوبات بسيطة بحيث يسمعه الطالب المخطئ فقط، وكانت احتمالية السلوك غير المرغوب تتضاءل شيئاً فشيئاً ولما طُلب من المدرسين العودة إلى العقوبات الظاهرة فقد تزايد الشغب. ويرى الباحثون أن أفضل طريق لعلاج مثل هذه المشاكل هي الخلط المثالي بين أساليب تجمع كل من المرح والعقاب الخفيف مع القليل جداً من العقاب الظاهر.

٣ - أن العقاب يمكن أن يكون وقوداً لعنم التكيف مع المناخ المدرسي، ليس فقط ما يخص منه العقاب الجسدي ولكن أيضاً ما يخص الأساليب الأخرى مثل اللوم والتوبيخ على المأ، وينكر وودز Woods أن الأطفال الذين عتفوا أمام زملاء الفصل ظلوا يعانون الشعور بالإهانة ومن ثم الإضطراب، وهو ما يؤدي في النهاية إلى توليد الشعور بالمرارة وتحطم الصورة الإيجابية عن الذات.

٤ - يُعرض العقاب الأطفال في بعض الظروف لنموذج غير ملائم في سلوك الكبار فيقومون بتقليده ويرى رايت Wright 1971 أن رؤية الطلاب لزميلهم الذي يُعاقب يتوقف على نظرة الطلاب إلى عدالة أو تعسف العقوبة، وأن على المدرس أن يحذر تمثيل النموذج غير المناسب

المتصف بالعنف وعدم العدالة، وطبقاً لنظرية التعلم الإجتماعى لبيندورا فإن الطلاب قد يتصرفون بعدوانية من خلال تقليد السلوك العدوانى للكبار، فتعلم العدوان قد يتم دون وعى مباشرة من خلال المعاناة الناتجة عن العقاب أو بشكل غير مباشر من خلال رؤيته أو سماعه عمن عوقبوا، ولكن لحسن الحظ فإن التعلم بملاحظة مواقف العقاب قد يتحول إلى ميزة إذا كان المدرس يتمتع بحس جيد وإذا أدرك أنه يقدم نموذجاً سيئاً لتلاميذه قد يقلدوه يوماً ما.

٥- أن الأطفال الذين يُعاقبون بصفة متكررة قد يُحرمون من إظهار فضائل كالرفقة والحماسية ويحل محلها الخشونة والتبذل الإنفعالى، ولكن نفهم ذلك لابد من تناول مسألة نمو الضمير وتكوينه - فإذا تكرر العقاب أو كان قاسياً فربما يؤثر على الدرجة التى ينمى بها الأطفال الضمير أو الوعى المبني على التعاطف مع الآخرين ويقتل لديهم الخوف من اكتشاف أخطاءهم أو الرغبة فى الالتزام، وقد وجد هو فمان Hoffman 1970 أن اطفال الثانية عشر العاطفيين الذين أظهروا إهتماماً بالآخرين كانوا يروا والديهم على أنهم اتبعوا وسائل متنوعة فى السيطرة وأنهم كانوا أقل استخداماً للعقاب وأكثر تعاطفاً وتسامحاً، وبمقارنة هذه النتائج مع نتائج لايت 1979 Light عن أطفال ما قبل المدرسة (٤ سنوات) الذين أخذوا فى اكتساب القدرة على التمييز والتوافق مع وجهات نظر الآخرين والذين رأوا أمهاتهم قد اتبعوا معهم أسلوب عقابى عام والتعامل مع كل طفل على أساس خصائصه الشخصية، مما يوضح أن تنمية الضمير القوي يعتمد على رؤية الطفل لوالديه وما يمكن من دفع وحنان، أما أولئك الذين عوقبوا كثيراً فى البيت وينظرون إلى مدرسيهم وما يلجأون إليه من أساليب العقاب لتحقيق الطاعة والالتزام فإن إهتمامهم سيمركز

على القوة الشخصية للكبار مما قد يولد فيهم الشعور بالرفض عند معاقبتهم وهو ما يحول دون نمو الضمير القائم على العاطفة والاهتمام بالآخرين، وباختصار فقد يؤدي تكرار العقاب إلى جعل الطفل أكثر اهتماماً بنفسه وحسب، أى ينمى فيه شعوراً واضحاً بالأنانية.

رابعاً: النمذجة والتعلم بالملاحظة:

تصلح أساليب التعزيز فى تقوية وتنمية سلوكيات مرغوبة موجودة بالفعل، بينما يستخدم العقاب أكثر فى الحد من سلوكيات غير مرغوبة تمارس من قبل الطلاب فعلاً، ولكن هناك سلوكيات أخرى لا يفيد معها استخدام التعزيز أو العقاب عند تعلمها بقدر ما تفيد أساليب أخرى كالنمذجة والتعلم بالملاحظة وهى أنماط السلوك التى يسعى الطلاب إلى تعلمها لأول مرة - فأنماط السلوك الجديدة يجب أن تحدث أولاً أمام المتعلم حتى يكتسبها قبل أن يتم تعزيزه عليها، فتعلم اللغة، ومعظم أنماط السلوك الإجتماعى يتم تعلمها بالنمذجة والتقليد، ويقوم بهذا الدور كل من الأسرة والمؤسسات التربوية والإعلامية والإجتماعية، وفي المدرسة غالباً ما يتم دمج الأسلوبين معاً - التعزيز الإيجابى والنمذجة - عندما لا تأتى النمذجة وحدها الثمار المرغوبة من عملية التعلم، وقد لا يحتاج السلوك المتعلم إلى تعزيز خارجى لأن لدى الإنسان القدرة على التعزيز الذاتى.

المدرسون الذين هم على وعى بأهمية النمذجة والتعلم بالملاحظة يميلون لاستخدام الأمثلة والنماذج والرسوم التوضيحية وغيرها من وسائل التعلم فى عملية الشرح، أن تعلم وتنظيم كل من المهارات العقلية والإجتماعية لدى التلاميذ تصبح أفضل وأسرع من خلال الامثلة وعرض نماذج السلوك الإجتماعى المرغوب، كما تساعد النمذجة المدرس على أن

يكون أكثر تأثيراً في سلوك طلابه من خلال استخدامه لها بفاعلية، وهذا الأسلوب يصلح استخدامه من قبل التربويين في مساعدة الطلاب الذين يعانون من سلوك انسحابي، والمعارضين للمجتمع، والذين يجدون صعوبة في تبني مهارات مناسبة تساعد على التوافق مع المناخ الاجتماعي والأكاديمي بالمدرسة.

أنواع النماذج

تتوزع النماذج ويمكن تقديمها بأكثر من طريقة، وتمثل النماذج الحية Live model أكثر أنواع النماذج شيوعاً في مجال التطبيق، فالمدرس الذي يرغب في تعليم تلاميذه سوياً قد يستخدم الرفاق كنموذج حي ذو فعالية جيدة وخاصة في المدارس الثانوية حيث يكون القبول الاجتماعي (المرغوبة الاجتماعية) في غاية الأهمية، كما يوجد مدخل آخر هو استخدام الفرد من ذاته كنموذج self as model في هذه الطريقة على الشخص أن ينظر لنفسه أو لسلوكه بطريقة مناسبة، وتفيد هذه الطريقة في زيادة انتباه الشخص لنفسه ولتصرفاته في برامج تغيير السلوك. حيث يختار السلوك البديل، ويحدد مستوى السلوك المطلوب وفي هذه الحالة يمكن أن نقول أن هناك خطوتين في تطبيق استخدام الذات كنموذج تعرف الخطوة الأولى بالنموذج الاجتماعي social model فعندما يشارك الشخص الخجول في مناقشات اجتماعية من وقت لآخر سيتحسن (يقبل) مستوى خجله، والشخص المتلعثم في حديثه عندما يتحدث طبيعياً مرة بعد مرة سيقبل تلعثمه. ويتم ذلك أفضل كلما لاحظ الشخص السلوك المطلوب بعناية وحول تقليده بنفس الطريقة سواء كان ذلك مع صديقه، مدرسة وأخيراً في مواقف الحياة الفعلية. الخطوة الأخيرة في أسلوب الذات كنموذج تتمثل في اشتراك الطفل في تحديد وتوجيه ذاته نحو السلوك المفضل، وعلى الفرد أن يتذكر على الأكل مناسبة واحدة أدى فيها

جيداً، فمواقف السلوك التي نؤدى فيها جيداً قد تفيد كنموذج فى السلوكيات المقبلة، وقد تفيد كتحفيز ذاتى يشجع الفرد على النجاح فى هذه الحالة، فإذا لم يستطيع الطفل تذكر مثل هذا الموقف، فربما يكون المعلم قادراً على تحديد موقف سابق أدى فيه الطفل بفاعلية فى حل للمشكلة وتوضيح الخطوات التي أتبعها ليستفيد من ذلك فى المحاولات المقبلة.

إن استخدام النماذج الحية كما سبق لها بعض المميزات وبعض العيوب فمن الجوانب الإيجابية لها أنها قد تزيد الدافعية، وتسهل عملية تعلم السلوك المرغوب، وقد استخدمت النماذج الحية فى تعليم الجانحين كيف يتصرفوا أثناء مقابلات العمل Job Interview وكيف يتصرفون أثناء تحقيق رجال الشرطة معهم، وكيف يقاومون التأثير غير المرغوب للرفاق عليهم والذي يقود إلى سلوكيات غير مرغوبة فى الفصل. كما استخدم بفاعلية فى تعليم الأطفال القصصيين Schizophrenic children كيف يلعبون ويتفاعلون لفظياً وهو ما أدى إلى اختزال سلوكهم الانسحابى وقلل من ميلهم للعزلة الاجتماعية، ومن ناحية أخرى فقد يكون لاستخدام النماذج الحية بعض السلبيات منها أنه قد يصعب أحياناً التحكم فى سلوك النموذج، فقد لايسلك النموذج بالطريقة التي نريدها تماماً، فالمدرسين مثلاً لايتصرفون على الدوام بطرق ثابتة مع طلابهم، كما أن مجموعات الرفاق لايسلكون دائماً نفس السلوكيات التي نرغبها، ولذلك فقد يكون فى استخدام النماذج غير الحية (الرمزية) مثل اتمرطة الفيديو، وافلام السينما، وشرائط الكاسيت والقصص أو الروايات المكتوبة بعض الأهمية جنباً إلى جنب مع النماذج الحية.

التأثيرات الأساسية للنمذجة:-

١- تعلم ممارسة السلوك بطرق جديدة:- *Learning to behave in new ways*

لنت الملاحظات على أن العديد من أنماط سلوكيات تكتسب من خلال المحاكاة أكثر من تعلمها من خلال التدريس، وقد لنت التأكيدات على أن تتابع عمليات النمذجة تكون أكثر فعالية فى تعلم السلوكيات الجديدة، مما لوكانت عمليات النمذجة منقطعة وغير مستمرة.

٢- الكفاءات الإجتماعية والعقلية المعقدة:-

Complex Intellectual and social competencies

يتعلم الطلاب العديد من المهارات الإجتماعية والمعرفية المعقدة بالملاحظة من النموذج المناسب، فالمهارات العقلية تكتسب من خلال التعلم بالملاحظة والمتضمن كل من المحادثة، اللغات الأجنبية، استخدام المنطق، أساليب معالجة المعلومات، المهارات المهنية، المهارات التقنية الخاصة، والهوايات المختلفة، ويمكن للمدرسين نمذجة مهارات حل المشكلات بواسطة التفكير حول الطرق المختلفة فى مهاجمة المشكلات مع المساعدات اللفظية حول كيفية الإحاطة بالمشكلة وفهمها وحلها والتعميم المنطقى فى سلسلة من الخطوات المتتالية. كما أن السلوكيات الاجتماعية يمكن تعلمها بالنمذجة بما تتضمنه من فن المحادثة الاجتماعية، سلوكيات التمتع الجنىسى (تعلم لعب الدور الجنىسى المناسب)، والغيرية (الإيثار) وغيرها بنفس الطريقة التى يعلم بها المدرس مهارات حل المشكلات، فعلى سبيل المثال يستطيع المدرس أن يشرح الأساليب المختلفة لحل الصراعات أو الخلافات بين الأشخاص وكذلك الأساليب المختلفة للتفاعل فى المواقف المختلفة.

٣- التفاعلات العاطفية *Emotional Reactions*

الإستجابة الإنفعالية يمكن أيضاً أن تكتسب من خلال مشاهدة الاستجابات العاطفية للآخرين الذين يظهرون خبرات مارة أو مؤلمة، فأنماط

سلوك الأقدام والاحجام يمكن أن تكتسب بهذه الطريقة. حيث وجد بانويل وسيكرست Banwel and Sechrest أن كل من تلاميذ الصف الأول والثالث قد اختاروا المهام التي تلقى زملاءهم عليها المكافآت أو التعزيز الإيجابي وتجنبوا المطالب التي لم يوافق عليها التلاميذ الآخرين، كما أن سلوكيات الأحجام كالخوف من المدرس يمكن أن تثبت بواسطة ملاحظة التلاميذ لزملاءهم في الفصل وهم يوبخون أو يعنفون من المدرس ذاته.

وبالمثل فإن استجابات الإقدام على المدرس يمكن أن تتحقق من خلال ملاحظة التلاميذ لأحد زملاءهم بالفصل يتلقى معاملة سارة من المدرس، كما يستطيع المدرس تعطيل الميل لإتكار الإنفعالات الطبيعية كالخوف من عدم الثقة بالنفس، بواسطة مناقشة الأحداث الشخصية أو كيف تصرف المشاهير في العالم سابقاً وحالياً إزاء مشاكل الحياة، فالمدرس يستطيع أن يوضح أن مثل هذه الإنفعالات يمكن التحكم فيها تحت ظروف معينة، مثل هذه المناقشات يمكن أن تساعد الطلاب على أن يكونوا غير خجولين أو يكفوا عن سلوك ما.

كما أن الملوك العدوانى يمكن أن يكتسب كذلك من النماذج العدوانية، وبالمثل يمكن تعليم الأطفال العدوانية المفرطة والاستبداد، وكذلك التعامل مع مواقف الإحباط وتغيير سلوكهم إلى الأفضل، فتوضيح أن العدوان سلوك غير مقبول وإثابة الأطفال على التعاون قد يحد من عدوانهم ويساعد على ذلك نمذجة السلوك التعاونى فى حضورهم.

وهكذا يمكن القول أن العديد من مواقف السلوك يمكن أن تكتسب بالنمذجة.

٤- الاتجاهات نحو المدرسة: attitudes toward school

يمثل الاتجاه نحو المدرسة أحد العوامل المحددة للنجاح فيها حيث يتأثر ميل الطلاب لإظهار قدراتهم ومهاراتهم باتجاهاتهم نحوها، ويميلون إلى تسيان الأشياء غير المرغوبة، وتذكر الأشياء المرغوبة، وبالطبع يؤثر المدرسون ليس فقط في اتجاهات الطلاب نحو المقررات الدراسية المتعلمة ولكن أيضاً نحو العملية التعليمية ككل. والعديد من الطلاب يأتون إلى المدرسة باتجاهات متباينة بعضها إيجابياً وبعضها سلبياً، وبعضها متعادل إزاء الأشياء التي ليس لهم خبرة بها، ولكن تدريجياً يقوم المدرس بتطوير وتنمية الاتجاهات الإيجابية نحو التعلم إذا كان يتمتع بقبول الطلاب والعكس إذا كان المدرس غير ذلك فانه سينمي لديهم اتجاهات سلبية نحو المدرسة والعملية التعليمية ومن ثم ميول تنجنيبه، وتتأثر اتجاهات الطلاب نحو المدرسة بالظروف المحيطة بموضوع الاتجاه ومعدل الارتباط أو الاقتران به. وكما سبق الإشارة إليه في حديثنا عن التعزيز الإيجابي أنه عندما يؤدي السلوك إلى امر سار ويرتبط بظروف سارة فاننا نميل لحدوثه ثانية، وهذا لايعنى أن يحدث الموقف السار دون أن يتطلب جهداً كبيراً، فقد يعمل الطلاب لفترات طويلة وبمجهود كبير ويصبحون أكثر إحساساً بالقدرة على توجيه ذاتهم وتحقيق النجاح ومن ثم السعادة. وإذا أردنا أن نكبح سلوكاً ما في طلابنا فعلياً أولاً ألا نأثي هذا السلوك وكما يقول الشاعر:

لاتنه عن فعل وتأتى مثله عار عليك إن فعلت عظيم

مما يعنى أنه يجب أن نتصرف بالطريقة التي نرغب في أن يتصرف بها طلابنا، فان تستطيع تعليم الطلاب الكياسة أو المجاملة ونحن سرعى الغضب والانفجار فيهم، ولن نستطيع تعليمهم مبدأ الشورى كمبدأ إسلامي ونحن مستبدين معهم ونفرض عليهم أفكارنا وآراءنا.

إن سلوك المدرسين يؤثر بشدة في ميول التلاميذ من حيث الإقدام والاحجام نحو موضوعات معينة والتعلم عموماً، وتلعب عملية النمذجة دوراً في تنمية دافع الاستطلاع والاهتمام بالتعلم، كما أن تقدير المعلم للتلاميذ أيضاً في غاية الأهمية. ويعدد كلاريزو Clarizio, H. F. 1980 بعض خصائص المعلم الناجح الذي يصلح كنموذج يحتذى من قبل طلابه أهمها الصبر والعدالة والالتحاق بين القول والسلوك والتفاهل، وغيرها.

أ- الصبر Patience ويدل عليها التعامل مع الطلاب بهدوء وصداقة، والتعاون معهم عندما يخطئون.

ب - العدالة (الاستقامة) Fairness. هي إحدى الصفات التي تؤثر في اتجاهات الطلاب، فالطلاب يفضلون المدرس الذي لا يفاضل بعض الطلاب لأى سبب من الأسباب.

ج - الإتساق بين السلوك والقول consistency. فالمدرس الذي لا يتسق سلوكه مع أقواله يفقد مصداقيته كنموذج ولن يميل الطلاب لتقليده، والمدرس الذي لا يفى بوعده مع طلابه سيشتبه بهم أنهم غير مرغوبين منه.

د - التفاؤل optimism كما يقدر الطلاب التفاؤل في معلمهم ويفضلون المعلمين الذين يمنحونهم الأمل.

كما يسهم سلوك المدرسين في تحديد نوع المناخ المدرسي بما يتضمنه من متغيرات مثل درجة التنافس، ودرجة الضغط والتوتر التي يشعر بها الطلاب، ودرجة التنظيم والانترام، والدرجة التي يستطيع بها الطلاب توجيه ذاتهم كأفراد.

٥. النمو الأخلاقي: Moral development

تؤثر النمذجة كذلك فى النمو الأخلاقى للطلاب، فالراشدين والرفاق كنماذج حية، وشرطة الفيديو وبرامج التوعية بالتليفزيون كنماذج رمزية وغيرها يمكن أن تستخدم فى زيادة النمو الأخلاقى للأطفال من كل الأعمار والمستويات الإقتصادية الإجتماعية المختلفة حيث أوضحت نماذج الضبط الذاتى أن الاشخاص الذين يتمتعون بالقدرة على مقاومة الإغراء أقل ميلاً للإلتحراف، ويظهرون قدرة أكبر على اتباع التعليمات. ويميل الناس عموماً إلى النماذج فى المواقف المختلفة حينما يجهلون ما يتوقعونه وبناء على هذه الحقيقة فإن اثار النمذجة تكون أقوى نسبياً فى البداية، وبناءاً على التلاحم المبكر بين المدرس والتلميذ سوف يكون للتلاميذ إنطباعاتهم عن المدرس وخصائصه كالصبر والعدالة والإتساق والتعاون وغيرها من الخصائص ولذلك يجب على المدرس أن يكون نموذج حسن وقدوة تحذى فى سلوكه منذ اليوم الأول فى الدراسة أو من عمله كمدرس.

ولمزيد من المعلومات حول التأثيرات الفعلية للنمذجة بشكل عام (راجع الفصل للتاسع)

العوامل المؤثرة فى التعلم بالملاحظة:-

توجد ثلاثة عوامل أساسية تؤثر فى نجاح النمذجة الإجتماعية والتعلم بالملاحظة وهى خصائص النموذج، وخصائص الملاحظ (المتعلم)، والنتيجة الإيجابية أو السلبية المرتبطة بنمذجة المبلوك.

أ - خصائص النموذج: وتتضمن الأتى:-

- ١- المدى الذى عنده يدرك المدرس ذاته كشخص يمتلك درجة عالية من الكفاءة والمنزلة وأساليب التحكم والضبط.

- ٢- المدى الذى عنده يدرك المدرس ذاته كمربى ومساند فى السابق.
- ٣- معظم النماذج التى تتعامل عن قرب تميل لأن تكون مصادر أساسية للدعم والضبط أو التحكم فى الوسط المحيط للفرد، وأقصد بذلك الوالدين، زملاء اللعب، والأطفال الأكبر سناً، والراشدين الذين يلعبون دوراً هاماً فى الحياة اليومية للطفل أو التلميذ.
- ٤- الدرجة التى عندها يدرك الطلاب أن النموذج مماثل لهم.
- ٥- استخدام نماذج متعددة يظهر سلوك مماثل أكثر فعالية فى تعديل السلوك من استخدام نموذج واحد.
- ٦- المدى الذى عنده يكون سلوك النموذج سابق لأوانه فى تأثيره على المجموعة التى يرغب الطفل فى الانخراط فيها أو يطمح فى الانضمام لها.
- ب - خصائص الملاحظ (المتعلم): وتتضمن خصائص من قبيل:-
- ١- جنس الطالب (ذكر أو أنثى).
 - ٢- الخلفية العرقية أو الثقافية التى ينتمى إليها.
 - ٣- المستوى الإقتصادى الاجتماعى لأسرته.
 - ٤- خصائصه الشخصية (الحاجة للاستقلال، دافعية الانجاز، مستوى العدائية، الميل للتعاون، وغيرها)
- حيث يلاحظ أن الأولاد أكثر تقليداً للسلوك العدوانى من البنات، كما أن الصغار الإعتمايين (غير المستقلين) والذين لديهم درجة أعلى من الميل للتعاون أكثر تأثراً بالنموذج وأكثر ميلاً للتقليد والمحاكاة، وإن الطلاب المتسلطين وسريعى الغضب يستجيبون بسرعة للنماذج العدوانية.

ولكن ما طبيعة الشخص الذى يجب أن يكون نموذج؟ وهل من الأفضل استخدام شخص لديه فعلاً براعة فى إيجاد السلوك البديل وهو ما يعرف بالنموذج المتمكن Mastery أو آخر يبدأ من مستوى الطالب ويتحسن تدريجياً حتى يصل الى المستوى المتوقع وهو ما يعرف بنموذج المواجهه Coping وتنترح الأدلة الحديثة أن نموذج المواجهة أكثر فعالية فى بعض المجالات على الأقل. حيث يبدأ نموذج المواجهة بنفس مستوى الطفل المشكل وتدرجياً يحقق البراعة فى اكتساب السلوك المقبول؛ كما أنه يظهر التحاماً أكثر مع مستوى مهارات الطفل، وعلى العكس فإن النموذج المتمكن ربما يبدو غير واقعى ولا يكون هدف له أهمية كبيرة بالنسبة للطفل ومن ثم يؤدى إلى تثبيط العزيمة.

جـ- نتيجة للفعالية فى نمذجة السلوك:

إن العائد أو النتيجة من نمذجة السلوك ذات أهمية كبيرة فى تحديد مدى التقليد أو المحاكاة، وإن استخدام البواعث التطبيقية فى اغلب مواقف المحاكاة يمكن أن يزيد من فعالية النمذجة وإسهامها. فعلى سبيل المثال. فإن المدرس الذى لديه فقط مكانة وقوة إجتماعية متوسطة فى نظر طلابه يمكن أن يجعلهم محافظين على محاكاته أو تقليد سلوكه ببساطه إذا أخبرهم أنه سوف يسألهم بعد أن ينتهى أو يطلب منهم تكرار ما قاله وأنه سوف يكافأ الطلاب الجيدين. فى هذه الحالة سيكون الطلاب أكثر انتباهاً وستكون عملية النمذجة أكثر فعالية.

المراجع

جمال الخطيب: تعديل السلوك - القوانين والإجراءات - المطابع التعاونية -
عمان - الأردن ١٩٨٧م.

Clarizio, Harey, F. : Toward Postive classroom Dicipline 3ed ed john
wiley & sons, New York 1980

Hyman, Irwin; Flanagan, Dennis & smith, Kathleen : Discipline in the
school (in) turner, S.M., Calhoun, K.s & Adoms, H (1992)
handbook of clinical behavior therapy, New York, John
Wiley & Sons.

Kazdin, Allan, E. : Applying Behavior principles In the school (in).
turnner, S.M. Calhaun. K.S & Adams, H.E (1992) Handbook
of clinical behavior therapy, New York, John Wiley & Sons.

الفصل الثامن عشر

تطبيقات العلاج السلوكي
في مجال الطب والطب الميكوسوماتي
(التغذية البيولوجية المرندة)

يعمل كل من الجسم والنفس كوحدة واحدة متكاملة فى مواجهة التوترات التى يتعرض لها الإنسان فى حياته اليومية، سواء كانت هذه التوترات نفسية خفيفة كالانزعاج البسيط والخوف والغضب أو شديدة كالحزن والاكتئاب والقلق، أو كانت هذه التوترات فزيولوجية كذلك التى تنتج عن استجابات عصبية وكيميائية مضطربة، الصداع والصداع النصفى والربو الشعبى وضغط الدم المرتفع وغيرها من الاضطرابات الميكوسوماتية فقد بات معروفاً أن للتوترات النفسية اثارها العضوية العديدة التى تمتد من تغير تعبيرات الوجه كالعَبَس والبكاء وغيرها حتى تغير فى نشاط العديد من الأجهزة الحيوية للجسم كالجهاز الدورى والتفسي والبولى والتاسلى وغيرها، كما أن لها تأثيراً على النشاط الكيميائى للخلاية، وإضعاف فعالية جهاز المناعة، بل وحتى التهينة لنمو خلايا سرطانية، ومن ثم حدوث المرض حتى الموت.

وبما أن هذه التغيرات التى تحدث للفرد قد تبقى فى منأى عن وعية وخارج نطاق ادراكه وإن شعر بالأمها فإنه يبقى غير قادر على التحكم فيها مالم يتم تحقيق إتصال فعال بين ما يتعرض له الفرد من توتر وما يترتب عليه من تغيرات فسيولوجية. وتدريب الفرد على التحكم فى هذه التغيرات عن طريق الاسترخاء والتخلص المنظم والتدريجي من الحساسية النفسية وهو ما تسعى إلى تحقيقه عملية التغذية البيولوجية المرتدة. وهكذا تمثل التغذية البيولوجية المرتدة أحد الصور العلاجية التى تتضمن إجراءاتها العديد من الأساليب العلاجية المتنوعة التى يمكن تصنيفها تحت تعديل السلوك أو العلاج السلوكى، ويستفاد خلالها من الكم الهائل من المعلومات المتوفرة فى مجال علم النفس الفسيولوجى، ونظريات التعلم والتحليل التجريبي للسلوك الإنسانى.

تعريف التغذية البيولوجية المرتدة:-

يعرفها كاتكن وجولبند 1980 Katkin & Goldband بأنها أى أسلوب يستخدم الأدوات والأجهزة لإمداد الفرد بمعلومات مستمرة عن وظائفه الجسمية التى لا يكون على وعى بها بدون هذه الأجهزة، ويعرفها فولمر 1980 Fuller بأنها إحدى الوسائل العلاجية التى يتم خلالها الاستفادة من الكم المتنامى من المعرفة البشرية، وخاصة مايتصل منها بالعلاج السلوكى والطب الجسمى، أو هى عملية التعلم التى تتم بواسطة اجهزة الكترونية معقدة لإمداد المريض بمعلومات وافية عن حالته الفسيولوجية التى لا يعى درجة توترها أو استرخاءها حتى يصبح نشطاً فى العملية العلاجية ويحافظ على صحته، وهكذا يتفق الباحثين فى هذا المجال على تعريف التغذية البيولوجية بأنها عملية استخدام أجهزة خاصة تعمل على عكس التغيرات النفسية الفزيولوجية والتى يصعب على الفرد إدراكها أو الوعى بها وذلك بغرض تدريبه على إخضاعها لسيطرته وإرادته، وهكذا تتضمن هذه التعريفات وجود ثلاثة عناصر فى أى تعريف صحيح لهذه العملية هى:-

١- استخدام أجهزة خاصة، وهذه الأجهزة هى فى أغلبها أجهزة الكترونية حديثة ومعقدة مثل أجهزة رسم المخ وتخطيط العضلات، والفعل المنعكس الميكوجلفانى وغيرها، ويمكن وصف هذه الأجهزة بوسائل تعلم Learning tools تساعد المريض على التحكم فى حالته الجسمية اثناء مواقف التوتر والقلق وغيرها.

٢- أن لهذه الأجهزة القدرة على إمداد الفرد بمعلومات عن وظائفه الجسمية التى لا يكون على وعى بها وأهم هذه المعلومات: معدل ضغط الدم، وضربات القلب، ودرجة حرارة الجسم، وتوتراته العضلية والنشاط الكهربائى للمخ، والاستجابة الجلفانية الكهربائية

للجلد، حيث يتم وضع لقطاب على الأجزاء المناسبة من الجسم فتعكس حالته بواسطة تغذية مرتدة صوتية أو ضوئية (بصرية).

٣- أن الهدف من عملية التغذية البيولوجية المرتدة هو جعل المريض أكثر وعياً وإدراكاً بالتغيرات الجسمية وأكثر قدرة على إخضاعها لسيطرته ومن ثم يصبح أكثر نشاطاً في العملية العلاجية ويشبه ميلز 1975 Miller تعلم عملية التحكم في نشاط الجهاز الدورى مثلاً بتعلم اسقاط كرة السلة في السلة بنجاح، حيث تستخدم العضلات في دفع الكرة، ويتحقق التعلم من خلال التدريب والتغذية المرتدة، ونفس الأمر بالنسبة للعضلات الملمساء والغدد والأوعية الدموية التى هى بمثابة اعضاء يحدث لها التغذية البيولوجية المرتدة طبقاً لنفس القاعدة المستخدمة فى زيادة نسبة التهديف لدى لاعب كرة السلة.

كما يشبه محمد الحجاز (١٩٩٠) دور التغذية البيولوجية المرتدة بدور التعزيز والتوجيه للشخص المعصوب العينين الذى يتدرب على إصابة الهدف باستخدام السهم، فبدون التوجيه المناسب لن يحالفه الحظ إطلاقاً بإصابة هدفه، ولكن من خلال التغذية المرتدة التى ترشده إلى تصحيح أخطائه حتى يصيب هدفه، وتعد الاجهزة المستخدمة بمثابة المرشد أو المعزز فى البداية، وتدرجياً من خلال التدريب والأنواع المختلفة من التعزيز والتدعيم يتعلم الفرد كيف يبقى هذه القدرة بدون عون تلك الأجهزة، ومن ثم يصبح أكثر سيطرة على تغيراته الفسيولوجية المرتبطة بالتوتر، إن مثل هذه السيطرة يمكن اكتسابها بتعامل الفرد مع تلك الأجهزة والتدريب عليها مع تطبيق استراتيجية توليد الأفكار الذاتية outogenic الموحية بالاسترخاء والهدوء... الخ. ويعدّها يمكن أن "تفطم" المتدرب عن هذه الأجهزة تدريجياً عندما يتحقق

التغيير فى الاتجاه المطلوب بالإرادة، وما أن يتمكن المريض من خلق التغييرات المطلوبة من خلال استخدام مايسمى علمياً بالعروة الداخلية Internal Loop حتى تصبح الأجهزة المعنية غير ضرورية.

مجالات تطبيق التغذية البيولوجية المرتدة:-

كانت مجالات تطبيق التغذية البيولوجية المرتدة فى السابق تقتصر على علاج إضطرابات محددة وخاصة الإضطرابات الجسمية كالصداع وارتفاع ضغط الدم وكذلك إضطرابات سيكولوجية محددة مثل القلق والتوتر ولكن فى الوقت الحاضر فقد توجه الإنتباه إلى علاج كل الإضطرابات التى يسببها التوتر عموماً، كما كثف الإكلينيكيين جهودهم فى التدريب على استجابات معينة مثل الإستجابات البيولوجية السلوكية Biobehavioral Responses التى ربما تستخدم لتخفيف بعض الأعراض التى يسببها التوتر مثل الصداع وضغط الدم المرتفع، وهكذا فقد إتسعت المجالات التطبيقية للتغذية البيولوجية المرتدة فى الوقت الحاضر واصبحت تشمل علاج الاضطرابات الميكوسوماتية التى تصيب مناطق تسيطر عليها المجموعة الميمبتاوية والباراسيمبتاوية كالصداع النصفى وإضطرابات وظائف القلب والمعدة والأمعاء، والتبول اللاإرادى، وتم الاستفادة منها فى التخلص من عادة القراءة بصوت مرتفع وهى عادة مبهدة للأحبال الصوتية، وفى إعادة التأهيل العضلى العصبى لحالات الشلل النصفى، والتدريب على رفع حرارة اليدين، والتدريب الحركى الحسى فى نوبات الصرع بالإضافة إلى بعض الإضطرابات النفسية كالقلق والفوبيا والاكتئاب والتوتر العام، والأرق والتحكم فى نوبات الغضب، وما يصاحب كل ذلك من تغيرات فسيولوجية وفيما يلى عرض لبعض الأمثلة:-

أمثلة للإضطرابات التى يمكن علاجها بالتغذية البيولوجية المرتدة:-

أولاً: الإضطرابات النفسية:-

أ- القلق والتوتر العام Anxiety and general tension

تمثل زيادة ضربات القلب والتوتر العضلى أهم الإستجابات البيولوجية المصاحبة للقلق ولذلك يوجد مدخلين فعالين فى علاج القلق والتوتر العام الأول هو التدريب على الاسترخاء العميق من خلال اجهزة تخطيط العضلات (EMG) Electromyographic التى تطبق على مجموعة أو أكثر من العضلات كما سيوضح ذلك فيما بعد، أما الثانية فتعتمد على خفض معدل ضربات القلب من خلال جهاز قياس معدل ضربات القلب، حيث يدرّب المريض على تخفيض ضربات قلبه من خلال لجوءه إلى الاسترخاء وتعميقه بالتخيل ومن ثم الإبقاء عليها منخفضة المعدل، وقد برهن هذا الأسلوب على فعاليته لدى المرضى الذين يعانون من قلق موقفى نوعى، وقد استخدم أسلوب تخطيط الدماغ فى بداية تطبيق طريقة التغذية البيولوجية المرتدة ولكن بدأ يستعاض عنه بالأساليب السابقة لتعقيده ومادار حوله من شك فى مدى فعاليته.

ب- المخاوف المرضية:- Phobia

الخوف المرضى هو خوف غير منطقى من اماكن أو أشياء لا تخيف عادة، ويكون المريض على وعى بمصدر خوفه ولكنه يجهل أسباب ارتباطه بالخوف بهذا الشئ المخيف، ويرتبط الخوف المرضى بتغيرات بيولوجية مشابهة للتغيرات التى تحدث فى حالة القلق والتوتر من قبيل اسراع التنفس وزيادة ضربات القلب والعرق، وقد سبق الإشارة إلى أهمية استخدام أسلوب الاسترخاء فى علاج هذه المخاوف، كما أن التغذية البيولوجية المرتدة تفيد كذلك إذا استخدمت جنباً إلى جنب مع أسلوب الاسترخاء ويمكن ايجاز الخطوات فى الأتى:-

١- تحديد مصادر الخوف، ومعرفة درجاته من خلال المقابلة مع المريض وتطبيق الأدوات المناسبة مثل إختبارات المخاوف.

٢- اعداد مدرج هرمى مماثل لمدرج القلق يرتب تصاعدياً أهم المخاوف من الضعيف إلى الشديد.

٣- الاستفادة من أجهزة التغذية البيولوجية المرتدة فى عملية التشخيص وذلك من خلال مراجعة كل عنصر فى المدرج الهرمى للتحقق من صحة التسلسل.

٤- تدريب المريض على الاسترخاء مع الإستعانة بالاجهزة المناسبة، وخاصة أجهزة الفعل المنعكس السيكوجلفانى. ومن ثم يشعر المريض باسترخاء عميق يقاوم الإحساس بالخوف للنتائج عن تخیل الموقف الأول الأقل شدة.

٥- تكرار الخطوة السابقة مع الموقف اللاحق (الأكثر شدة) بعد أن يتحقق المعالج أن المريض قد حقق نجاحاً مناسباً فى الموقف الأول، وهكذا حتى أكثر المواقف شدة أو خطورة . ويوصى المريض أن يتدرب على هذا الأسلوب العلاجى بدون أجهزة التغذية المرتدة حتى يودى ذلك إلى تعميم المريض لهذا الأسلوب فى معظم مواقف حياته المرتبطة بالخوف ويصبح أكثر فعالية فى السيطرة على مخاوفه والمشاعر البيولوجية المرتبطة بها.

ثانياً: الإضرابات السيكوسوماتية والفسولوجية

١- الصداع التوترى Tension headache

يعد الصداع الناتج عن التوتر واحداً من أكثر الإضطرابات السيكوسوماتية شيوعاً فى الوقت الحالى، بسبب التوترات النفسية والإنزعاج،

وقد بُذلت محاولات قليلة لخفضة باستخدام التغذية الوعائية Vascular، ولكن المنخل الأكثر نجاحاً كان بواسطة التغذية البيولوجية المرتدة باستخدام أجهزة رسم العضلات وخاصة استرخاء عضلات منطقة العنق والرأس، حيث يتركز العلاج على وعى المريض وعلى قدرته على التمييز بين توتر هذه العضلات وإرخائها وتعلم إضعاف توتر العضلات فى جميع اتجاه الجسم، وعندما يتعلم المريض تحقيق مثل هذه الأرخاء إزاء المنبهات الموترة فإن الصداع يزول ويتلاشى، وقد أصبح استخدام التغذية البيولوجية المرتدة فى علاج الصداع الزمن أسلوباً مقنناً ومعترفاً بفاعلية فى المراكز العلاجية ومن قبل الأخصائيين مهما كانت أسبابه العضوية.

٢- الصداع الوعائى (النصفى) Migraine

تختلف اعراض الصداع الوعائى عن الصداع التوترى حيث يحدث الصداع النصفى بسبب اضطرابات وظيفية فى الدورة الدموية بالدماغ وغالباً مايكون مسبوق بالغثيان والتقيؤ والاضطرابات البصرية، وتعرف هذه الأعراض بالبوادر، وقد يكون مسبوق بالآكتئاب والتهيج وفقد الشهية للطعام. والاضطرابات الوظيفية فى الدورة الدموية بالدماغ تبدأ بانقباض الأوعية الدموية مما يسبب الأعراض الأولية ثم يملؤها تمدد فى الأوعية الدموية فى منطقة الأم الجافية مما يسبب الشعور بالصداع، أما السبب فى حدوث هذه النوبة من الانقباض والتمدد فما زالت غير معروفة بعد ويسيطر الصداع على أحد نصفى الدماغ ولذلك يعرف بالصداع النصفى، وفى بعض الحالات يصيب كلا الجانبين. ويعالج الصداع الوعائى طبياً بالمسكنات كالاسبرين والكودايين والأدوية التى تحد من تمدد الأوعية الدموية، ولكن إذ اعطيت الأدوية بعد حدوث التمدد تكون غير فعالة، ولذلك يجب على المريض أن يأخذ العلاج بمجرد الشعور بالبوادر الأولية للصداع، كما أن تعاطى الأدوية

القابضة للأوعية الدموية لها اعراض جانبية مثيرة ولذلك تصبح العلاجات غير الكيميائية للصداع التصفى مرغوبة جداً.

وقد أصبح استخدام التغذية البيولوجية المرتدة طريقة شائعة الاستخدام منذ فترة طويلة وناجحة فى الوقت ذاته، والاستراتيجية العامة للعلاج تقوم على تدريب المريض على زيادة معدل تمدد الأوعية الدموية فى اليدين من خلال رفع درجة حرارة اليد من خلال ربط أصبع اليد بمقاوم حرارى أو بواسطة الإحياء الذاتى (أى الإحياء بأن يده ثقيله ودافئه) أو بتخيل اليد فى قفاز أو فى ماء دافئ، ويترتب على ذلك أضعاف الصداع، ويفضل أن يتم ذلك مع بدء ظهور البوادر التى نكرناها، أى أن العلاج يكون عن طريق التغذية البيولوجية المرتدة لرفع حرارة الجلد فالعلاقة بين حجم الدم المتدفق فى الجلد ودرجة حرارته قوية جداً كما أن أفضل الاجهزة المفيدة فى ذلك هو جهاز المقاوم الحرارى وسيرد الحديث عنه لاحقاً.

٣- زيادة ضغط الدم الأساسى Essential Hypertension

بعد ضغط الدم من الإضطرابات الأخرى للدورة الدموية التى تحدث بسبب عوامل التوتر النفسى، ولكنه غير معروف جيداً أسبابه العضوية فى علم الأمراض إلا أن هناك بعض العوامل المؤثرة فى حدوثه أهمها الوراثة، زيادة نسبة ملح الطعام فى الغذاء (زيادة عنصر الصوديوم) وبعض العوامل العصبية والادرينالية وتتصف هذه الزيادة بارتفاع الضغط الأصفر الإنسانى (الدياستول) نتيجة انقباض الشرايين المحيطة، ويبقى الضغط مرتفعاً دون شكوى أو أعراض، ولكن تتتاب المريض شعوراً بالتعب والتوتر العصبى والدوار والشعور بالضعف البنسى والصداع أحياناً، ونتيجة لذلك، وإذا لم يعالج المريض يضار القلب لئذله مجهود مضاعف يؤدى إلى تضخمه، ومن ثم تحدث اعراض خطيرة فى مقدماتها الذبحة الصدرية

وجلطات الدماغ والقصور أو الفشل الكلوى وغيرها. ويعالج المرض طبياً بواسطة الأدوية خافضة الضغط، والحد من تناول ملح الطعام، وتناول الأدوية المدرة للبول حيث يطرح معه كلوريد الصوديوم خارج الخلايا والأملاح من الأوعية الدموية فيعيد لها استجابتها للجهاز العصبى للإدارى.

اما العلاج السلوكى فيعتمد على التغذية البيولوجية المرتدة باستخدام أجهزة الضغط وباستخدام أساليب تكنولوجية حديثة أو بطريقة كورنكوف (الساعة والقميص المطاطى على العضد) أو بالكمبيوتر، مع تخفيض القلق والتوتر المصاحبان لارتفاع ضغط الدم، ولذلك يستخدم أكثر من جهاز فى الوقت ذاته مثل جهاز تخطيط العضلات، وجهاز قياس ضغط الدم، وجهاز استجابة الجلد الجلفانية GSR والمقاوم الحرارى فى وقت واحد..

٤- اضطراب معدل ضربات القلب Cardiac rate disorders

إضطرابات معدل ضربات القلب قد يكون بالزيادة أو النقص أو عدم الانتظام، وقد تحدث بسبب القلق والتوتر، وقد تؤدي أيضاً للقلق والتوتر للمريض الذى يبالغ فى وعيه بقوة ضربات قلبه وسرعتها وعدم انتظامها والمراقبة المترابدة لمدى انتظام ضربات القلب بفعل وجود مرض مزمن فيه نتيجة للقلق والإضطرابات الإنفعالية، كما يؤدي حدوث فقر الدم والأزمات الربوية إلى حدوث هذا الإضطراب. ومن السهل قياس معدل ضربات القلب والفضل الأجهزة المستخدمة فى ذلك هو جهاز الرسم الكهربائى لوظائف القلب (EKG) ويتم توصيلها بالمساعد والرسخ، اما بالنمبة للعلاج بالتغذية المرتدة فتستخدم كذلك اجهزة من قبيل المقاوم الحرارى وجهاز تخطيط العضلات لتدريب المريض على السيطرة على معدل ضربات القلب، كما تستخدم نفس الطريقة لمعالجة اضطرابات نوعية مثل عصاب القلب، وغالباً مايمت ذلك فى مراكز العناية المركزة (المكتفة)

٥- إضطرابات وظيفية عضلية محددة Specific muscular dysfunctions

للعضلات كغيرها من الأنسجة خاصية التهيج، أى القدرة على الرد على المنبهات، ولكن الوظيفة الأساسية للعضلات التى تميزها عن بقية الأنسجة هى القدرة على الإنقباض أو التقلص، ويرافق تقلصها نقص طولها وزيادة سمكها ولايتغير حجمها، وتنشط العضلات بتأثير المنبهات العصبية التى تأتى إليها من الجهاز العصبى المركزى، ويحدث تقلص العضلات المخططة إرادياً أما العضلات الملساء فتتحرك لاإرادياً، كما تتصف العضلات بالمرونة أى قدرتها على الإمتداد وعندما تزول الأسباب تعود العضلة إلى وضعها السابق، ويعد التقلص التوتري للعضلات أحد الصور العديدة للإضطرابات العضلية.

وتعد التغذية البيولوجية المرتدة باستخدام جهاز تخطيط العضلات للإضطرابات العضلية أحد الاشكال الشائعة فى مجال الطب التأهلى، وهناك ثلاثة طرق يمكن تطبيقها فى هذا الشأن:-

أ- الكشف والتغذية المرتدة للجهود العصبية العضلية فى العضلات التى لا تعمل حالياً، كما فى حالات مثل الشلل النصفى وتلف العصب، والانتكاسات الفسيولوجية.

ب- كف أو إيقاف النشاط الحركى غير المرغوب كما فى حالات الشلل التشنجى لعضلات العنق والتشنجات العضلية الأخرى.

ج- التنسيق والتحكم فى تسلسل سلوك العضلة كما فى حالة ضبط سلس البول أو الغائط.

٦- التفاعلات المركزية للألم Localized pain reactions

بالإضافة إلى استخدام جهاز التخطيط الكهربائى للعضلات فى علاج الصداع التوتري، والتحكم فى درجة حرارة وإضرابات نشاط القلب والصداع

النصفى، فإن هناك محاولات عديدة لاستخدامه فى خفض صور أخرى من الألم كاستخدام التغذية المرتدة لنشاط عضلة الفك فى خفض الآلام المصاحبة لتعديل اربطة الفك (TMJ) Tempero-mansibular joint، فالتعقيد الشديد فى توتر العضلة المرتبطة بتعديل اربطة الفك يرتبط بحك الأسنان bruxism (وهى عملية تحريك الأسنان بدون أكل وخصوصا أثناء النوم).

٧- الاضطراب الوظيفى الجنسى Sexual dysfunction

رغم أنه ليس من التطبيقات الشائعة استخدام التغذية البيولوجية المرتدة فى علاج الإضطرابات الجنسية فقد لجريت بعض الدراسات التى أوضحت دور التغذية البيولوجية للتدريب على التحكم فى حجم الدم المتدفق فى العضو الذكري للأشخاص الذين يعانون من العنم، ويرى الطب أن لهذا الإضطراب أربعة أسباب:-

أ- الأمراض التى تصيب الجهاز التناسلى والعيوب الخلقية والتهاب البروستاتا.

ب- الأضطرابات التى تصيب الغدد الصماء مثل هرمونات الذكورة وهرمون الغدة الدرقية.

ج- الأمراض المتوطنة كالبلهارسيا والداء السكرى، وعوامل أخرى كالتهب والتعرض لأشعة اكس وادمان الكحوليات والمخدرات.

د- العوامل النفسية كالشعور بالنقص نتيجة القذف المبكر وكراهية الرجل لزوجته.

ويرى محمد الحجار (١٩٩٠) أنه يمكن اشراك التغذية البيولوجية المرتدة مع أساليب العلاج السلوكى الأخرى كالتعزيز والاسترخاء، والتتويم الذاتى المقترن بالإحياءات الايجابية من خلال استخدام أجهزة مثل الفعل المنعكس الميكوجلفانى وجهاز انتصاب للقضيب.

كما ينجح العلاج بالتغذية البيولوجية المرتدة فى علاج العديد من الإضطرابات الأخرى لانتسح المجال لعرضها بالتفصيل مثل الإضطرابات المعدية والمعدية كالتقيح المعوى وقرحة المعدة والقولون العصبى والربو الشعبى وعسر الطمث وملس البول والغائط والجلجلة والأرق والتدخين وغيرها.

وربما بعد من أكثر الأمور أهمية فى عميلة التخطيط للعلاج بالتغذية البيولوجية المرتدة للإضطرابات السابقة قياس طبيعة المشكلة المطلوب علاجها والدقة فى تحديد الأعراض، إن اختيار أحد أجهزة التغذية البيولوجية المرتدة المساعدة فى العلاج لايجب أن يتم بناءً على تقديرات المريض حول مايعانيه من أعراض فقط، ولكن يجب أن يتم بناءً على تحليلات دقيقة للأسباب المؤدية لهذه الأعراض. فإذا كان لدينا مريض يعانى من الصداع فيجب إذن أن نحدد تاريخه المرضى بعنايه، ونحدد أسباب المرض التى قد ترجع إلى توتر فى عضلات العنق والرأس أو إلى إضطراب الدورة الدموية فى الدماغ، كما أنه من الضرورى عند التعامل مع أعراض الألم الإهتمام بتحليل الأسباب المؤدية له قبل تحديد أى أسلوب علاجى.

الأجهزة المستخدمة فى التغذية البيولوجية المرتدة:-

توجد العديد من الأجهزة المستخدمة فى رصد التغيرات الفسيولوجية الطارئة يتم توصيلها بجسم المفحوص عن طريق أقطاب أو (الواح) ويتم من خلالها نقل الإشارات والنبضات الى الجهاز الذى يقوم بتتقيتها وإظهارها ورسمها أو إعطاء بيان كمى عنها، وكل جهاز تم إعداده للغرض الذى يستخدم من أجله ويجب أن يتوفر فى كل جهاز عنصرى الأمان والفعالية أو الدقة.

١- الأمان Safety

ويقصد بالأمان هنا الأمان العضوى لكل من المريض والمعالج فلا يترتب على استخدامه أى أذى لأى منهما نتيجة للصدمات الكهربائية أو الأشعاع الضار أو غير ذلك، حيث من المحتمل أن تحدث زيادة فى شدة التيار على جسم المريض وهو أحد الأسباب الأساسية لخطر حدوث الصدمات الكهربائية وهنا تكون وظيفة مثبت التيار فى غاية الأهمية، كما قد يحدث خطر زيادة شدة التيار كنتيجة محتملة لأخطاء فى تصميم الجهاز، أو عطب مفاجئ فيه أو لأخطا القائمين على تشغيله، ولحسن الحظ فإن مقاومة سطح جلد المريض للتيار تمثل إحدى وسائل الحماية الطبيعية ضد الصدمات الناتجة من زيادة قليله فى فرق الجهد. فعلى سبيل المثال إذا كانت مقاومة الجلد ٢٥٠٠ أوم/سم^٢ لعدد اثنين من الأقطاب التى مساحة الواحدة منها سم^٢ واحد فان زيادة فرق الجهد بمقدار ٥٠ فولت تؤدى الى زيادة شدة التيار بمقدار ١٠ مللى أمبير وهى زيادة ضعيفة.

ويؤكد الأطباء ان اجهزة التغذية البيولوجية المرتدة المستخدمة حالياً تتمتع بالأمان الكافى إذا استخدمت طبقاً للتعليمات.

٢- فعالية الإستخدام: Effective use

لتحقيق الفاعلية فى عملية قياس التغيرات البيولوجية يجب توصيل الأقطاب بالمريض، ويجب ان تصنع الأقطاب من مادة جيدة التوصيل للكهرباء مثل الصلب الذى لا يصدأ Stainless steel أو من خليط من الفضة/كلوريد الفضة Silver/Silver chlorid، كما يجب ان توضع مادة موصلة بين الأقطاب وجلد المريض وتعرف هذه المادة بالإلكتروليت Electrolyte وذلك لتحسين التوصيل وتقليل خطأ القياس، كما يجب أن تثبت الأقطاب بطريقة جيدة، وأحياناً نصح فى حاجة الى غسل المنطقة التى تثبتت فيها

الأقطاب بالصابون ومسحها بالأميتون وتجفيفها جيداً بمادة جيدة الإمتصاص كالمناديل الورقية لإزالة الخلايا الميتة من سطح الجلد، ودهون الجلد وأيه مواد أخرى توجد على سطح الجلد تعوق فاعلية الأقطاب فى تحقيق الأتصال الجيد وغالباً ما تستخدم هذه الإجراءات مع أجهزة تخطيط العضلات والرسم الكهربائى للمخ، ونادرة الإستخدام مع أجهزة التغذية البيولوجية لوظائف القلب.

وأهم هذه الأجهزة ما يلى:-

أولاً: جهاز التخطيط الكهربائى للعضلات (EMG) Electromyography

ويعرف بجهاز مقياس استرخاء - تقلص العضلات، ومنطق استخدامه يعتمد على أن السياتات العصبية الصادرة عن الأعصاب الحركية تحدث تقلصاً فى الألياف العضلية وينتج عن تكرار هذه السياتات تقلص العضلة ويقوم الجهاز بتضخيم النشاط الكهربائى الصادر عن العضلات ويحولها و يترجمها إلى اشارات سمعية أو بصرية تتعكس فى تزايد نشاط الجهاز أو نقصانه، ومن ثم يستطيع الفرد إدراك التغيرات الطارئة على نشاطه العضلى والذي لم يسبق أن لاحظته.

وتثبت أقطاب الجهاز على عضلات الجبهة والعضلة شبه المنحرفة أعلى الظهر، وعضلات العضد، وفى المعصم أو رصغ القدم. مع الوضع فى الإعتبار أن الأقطاب الموجودة على عضلات الجبهة تلتقط خليطاً من نشاط السياتات العصبية للدماغ والسيالات العصبية للعضلات. وقد استخدمت طريقة الاسترخاء بالمشاركة مع التغذية البيولوجية المرتدة للعضلات فى تخفيف آلام الصداغ التوترى وفى مساعدة مرضى الشلل النصفى وحالات الشلل الثانوى الناتج من شلل الأطفال وآلام المفاصل وآلام عضلات الوجه الناتجة من تقلص العضلة بفعل العصب السابع وآلام الاسنان والرقبة كما

استخدم هذا الجهاز في علاج إصابات غير عضلية مرتبطة بالتوتر كالربو الشعبي وارتفاع ضغط الدم الشرياني والقلق المزمن والفوبيا والأرق. وأغلبها يعالج مقرونا بالتدريب على الاسترخاء.

ومن المفيد استخدام حجم كبير من التخيل ليفهم المريض الكيفية التي تعمل بها أجهزة التغذية البيولوجية المرتدة ومنها جهاز (EMG) حيث يطلب من المريض أن ينصت إلى عضلاته الموجودة تحت جلده وأن يلاحظ درجة التوتر في هذه العضلات عندما يطلب منه لتقباضها، وملاحظة انحراف المؤشر في عداد الجهاز، أو سماع الإشارة الصوتية للدالة على الإنقباض، ومن ثم تفسيرها للمريض بكونها تمثل التوتر العضلي، وهذه التفسيرات تجعله يفهم بشكل أوضح العلاقة الكائنة بين حركة المؤشر والصوت المسموع وبين مايقوم به المريض من حركات، وأنشطة عضلية.

ويمكن القول أن هذا الجهاز من أكثر أجهزة التغذية البيولوجية المرتدة فعالية ونفعاً لما يتميز به من خاصيتين هما: أنه يصلح للتدريب على الاسترخاء العام والنوعى، ولكونه يعد مكملاً للأنواع الأخرى. وقد يلجأ الطبيب لاستخدام جهازين اثنين من (EMG) في التدريب على حركة متألفة لمجموعات عضلية فقد يحتاج إلى استخدام جهاز لزيادة تقلص العضلات في مجموعة عضلية معينة وخفض التقلص أو انعدامه في مجموعة أخرى (محمد الحجار ١٩٩٠)

ويخلص الحجار (١٩٩٠) خطوات التدريب على استخدام جهاز تخطيط العضلات في الآتي:-

١- حضر الأقطاب (أمسحها ونظفها - ضع المادة الناقلة أي الكريم أو الأطواق).

٢- ثبت الأقطاب (فى جهة الرأس، والعضلة شبه المنحرفة)،

بعد القطب الفعال عن الآخر حوالى ٤ بوصات وضع القطب الأرضى (ذا اللون الأسود) على التراكيب العظمية.

٣- شغل للجهاز (لاتوجد تغذية راجعة).

٤- تأكد من سلامة البطاريات (بدل البطاريات إن كانت ضعيفة)

٥- تأكد من مقاومة الأقطاب (أعد تثبيتها إذا دل مؤشر العداد على وجود ارتفاع)

٦- لاحظ تغيرات الفولت المتناهي فى الصغر وذلك من خلال:-

أ - عدل الحساسية لتكون إبرة المؤشر فى المنتصف.

ب - أجرى اختباراً سلوكياً أى أطلب من المتعالج أن يقبض عضلة للتأكد من استجابة المؤشر.

ج - آلف المتعالج على إشارات الجهاز، وتأكد من أنه يرغب فى إشارة صوتية معتدلة غير مزعجة.

د - أطلب من المتعالج أن يسترجى بالقدر الذى يستطيعه كى يلاحظ انخفاض مؤشر العداد.

٧- أطلب من المتعالج اتخاذ للوضعية الصحيحة فى الجلوس، بدون تحرك إطلاقاً لأن للحركة تحدث استجابة فى مؤشر العداد.

٨- إعطه تعليمات الاسترخاء.

٩- أرصد مدى تقدم المريض فى عملية الاسترخاء أما بخط يوائى أو بالكمبيوتر.

ثانياً: جهاز التخطيط الكهربائى للدماغ (EEG) Electroencephalography

يقوم جهاز التخطيط الكهربائى بتسجيل التذبذبات أو الجهد الكهربائى الصادر عن اجزاء الدماغ وخاصة القشرة للحائية، وقد اكتشفها الطبيب

الانجليزى كانون 1875 Cannon فى دماغ الحيوانات، وأيد صدورهما من مخ الإنسان العالم الألمانى هانز بيرجر 1942 Berger ويقاس الجهد الكهربائى الصادر عن الدماغ بالميكروفولت (أى بالجزء من الالف من الفولت) وتسجل الذبذبات على شريط ورقى تتضح عليه شكل الموجه وعدد الموجات الصادرة فى الثانية وسعة الذبذبة. وتصنف الموجات الصادرة عن الدماغ إلى أربعة أنواع أساسية ترتب على حسب عدد الذبذبات فى كل منها كما يلى:-

١- موجات Delta ولها ويتراوح عدد ذبذباتها بين ١-٣ ذبذبة/ث وتظهر فى حالات النوم العميق وفى الأشخاص الواقعين تحت تأثير عقار مخدر وفى الحالات المرضية التى تعاني من نقص أو فقدان الوعى (الشعور).

٢- موجات Theta ولها ويتراوح عدد ذبذباتها بين ٤-٧ ذبذبات/ث وتظهر فى مرحلة الغفوة من النوم.

٣- موجات الفا Alpha ويتراوح عدد ذبذباتها من ٨-١٣ ذبذبة/ث. وتظهر فى حالات الاسترخاء والتأمل والهدوء المصحوب باغلاق العينين.

٤- موجات بيتا Beta ويتراوح عدد ذبذباتها بين ١٤-٣٠ ذبذبة/ث وتظهر فى حالات النشاط العقلى، وتركيز الانتباه والقلق أو التوتر. كما أن هناك أنواع معينة من الموجات لا توجد إلا فى حالات مرضية معينة، ففى حالات الغفوة الصرعية، والنوبات الصرعية القصيرة توجد موجات تعرف باسم الموجة والشوكة Wave and spike حيث تكون كل موجة مقوسة فى نهايتها ذبذبة حادة مدببة الطرف كالشوكة، وقد تأخذ شكل موجة وشوكات وتكون مثل هذه الموجات فى مرضى الصرع وتكون ذات سعة عالية تأتى فجأة وتختفى فجأة.

وموجات الدماغ هذه ماهى إلا نتائج للنشاط الكيميائى الكهربائى الذى يحدث فى خلايا الدماغ ويتم تسجيل هذا النشاط من الخلايا العصبية فى القشرة اللحاءية للدماغ والتي تكون عادة تحت سيطرة الجهاز الشبكي المنشط فى جذع المخ، ويتم نقل هذه النبضات إلى الجهاز عن طريق نوعين من الأقطاب احدهما مطلقى بكلوريد الفضة والأخرى لقطاب اسفنجية ويعرف النوع الأول بالأقطاب المعدنية وتكون على شكل أقراص أو أقماع تثبت على الدماغ بواسطة رباط مطاط أو مادة لاصقة توضع على سطح القطب، أما القطب الاسفنجى فيحتاج إلى محلول ملحي ناقل للكهرباء (الالكتروليت)، ويجب تنظيف فروة الرأس عند تثبيت الأقطاب لإزالة أى عازل يمنع انتقال الكهرباء، وعادة تثبت الأقطاب على المنطقة الجدارية القنوية (الخلفية) من الدماغ.

ولتدريب المريض على التغذية البيولوجية المرتدة بجهاز (BEG) يطلب منه إغلاق عينيه لتجنب تشتيت الإنتباه، وإضعاف موجات الفا الصادرة عن الفص الخلفى، ثم يتم تعويد المريض على الصوت الذى سيمسعه عند إنتاج الترددات المرغوبة ومن ثم يطلب منه الجلوس ساكناً بلا حراك. كما يتميز الجهاز بقدرته على توضيح كل من سعة الموجة وتردداتها ويحدد التردد المطلوب والذي غالباً ما يكون تردد موجات الفا ويطلب من المريض أن يبقى تردد دماغه عند هذا المدى من خلال الاسترخاء والتأمل حتى يتكرب على تحقيق هذا الهدف ويتراوح عدد الجلسات المستخدمة فى ذلك بين ٤-١٤ جلسة عادة ولكن يمكن زيادة عدد الجلسات عن ذلك على حسب مقدار التحسن فى حالة المريض.

ويصلح هذا التدريب بالتغذية البيولوجية المرتدة فى علاج الأرق،
والوساوس القهرية والاكتئاب المصحوب باجترار الافكار، وإضطرابات
القراءة وتركيز الإنتباه، وإضعاف الالهم ولمرضى الصرع.

ويعرض محمد الحجار (١٩٨٧) مثال لحالة مريضة، وهو طبيب
عمره ٣٦ سنة يعانى من مشكلة الأرق حيث ينام يومياً من عشر سنوات بين
٣-٤ ساعات فقط دون أية اضطرابات أخرى وهو سعيد فى عمله وعلاقته
الزواجية ويمارس الرياضة ويأكل جيداً ويشعر بتحسن خفيف عند تناوله
الدواء Dalamane ولكن حالته ساءت فى السنوات الثلاثة الأخيرة وبدأ يسعى
للعلاج. فوصف له ممارسة الاسترخاء المتصاعد العضلى وفق طريقته
جاكسون (التمرين المتناوب للتوتر والاسترخاء) بمساعدة جهاز (EEG) حيث
طلب منه ممارسة الاسترخاء مرتين يومياً واستشارة المعالج مرة واحدة
اسبوعياً وفى كل أسبوع كان تخطيط دماغه يبدى تحسناً واضحاً أثناء الجلسة
العلاجية بدأت بـ ١٦ نبضة/ث ثم صارت ٩ نبضات/ث فى الجلسة الثالثة
وفى الاسبوع الثانى عشر وصل إلى ٦ نبضات/ث، وفى الاسبوع الرابع
عشر توقف عن تعطى الدواء فقام ما بين ٧-٨ ساعات يومياً ويدخل نوماً
عميقاً بعد حوالى ١٥ دقيقة وقد انتهى هذا الطبيب علاجه من الأرق
وإضطراب النوم بعد ١٨ جلسة، وبعد مراقبة علاجية له وتبع لحالته لمدة
سنة اشهر اظهر نموذج نوم ثابت منته بين ٧-٨ ساعات يومياً.

ثالثاً: أجهزة قياس النشاط والتغذية البيولوجية للجهاز الدورى:

أ- جهاز الرسم الكهربائى لوظائف القلب: (EKG) Electocardiography

يتم قياس معدل ضربات القلب بواسطة توصيل اقطاب بطريقة ما
يتمكن معها قياس النشاط الكهربائى للقلب النابض أو الرسم الكهربائى
لوظائف القلب، ويتميز النشاط الكهربائى لوظائف القلب بتعقيد شكل موجاته،

إحداثها حادة الجهد تسمى الموجه R تنتج عن تسارع ضربات البطين الأيسر، وفي عملية التغذية البيولوجية المرتدة لمعدل ضربات القلب يتم عادة خفض الموجات الحادة بواسطة الاسترخاء.

ولغرض التغذية البيولوجية المرتدة لمعدل ضربات القلب تستخدم عادة ثلاثة أقطاب إثتان منهم للقياس والثالث معيارى (مرجعى) حيث يوضع إحداهما على رسغ القدم الأيسر والآخر على المساعد الأيمن أما القطب المعيارى فيوضع على رسغ القدم الأيمن للمريض. ويمثل استخدام التغذية البيولوجية المرتدة فى زيادة ضربات القلب أمراً أكثر سهولة من استخدامها فى خفض معدل ضربات القلب المتسارع، فقد يمكن تحقيق زيادة فى معدل ضربات القلب بدون الحاجة إلى تغذية مرتدة.

ب- قياس حجم الدم المتدفق Blood volume assessment

فى العديد من التطبيقات الطبية باستخدام التغذية البيولوجية المرتدة تستخدم قياسات حجم الدم المتدفق فى الأجهزة المحيطة من الجسم، فحجم الدم المتدفق يعتمد أساساً على حالة التمدد أو انقباض الأوعية الدموية فى هذه الأجهزة، وتوجد ثلاثة طرق صالحة لهذا الغرض هى تخطيط نسبة الزيادة فى كرات الدم الحمراء plethysmography، والحس الحرارى Temperature sensing، والإجهاد الألى للوصلات Mechanical Transductions وتعتمد الطريقة الأولى فى قياس تدفق الدم على حقيقة مؤداها أن التغيرات العضوية تؤدي إلى تغير معامل انعكاس أو معامل نفاذيه الضوء فى الأغشية نتيجة تغير معدل تدفق الدم فيها ومن ثم يوضع مصدر ضوئى وخلايا ضوئية Photocell (وهى خلايا لها القدرة على تحويل الطاقة الضوئية إلى طاقة كهربية) على الجانبين المتقابلين لأحد الأجهزة أو الأنسجة مثل شحمة الأذن

(الأذن الخارجية) فتعتمد كمية الضوء المار في هذه الحالة والتي تصل إلى الخلايا الضوئية على كمية الدم المتدفق فكلما زادت كميات الدم قلت معدلات نفاذية الضوء. كما تستخدم طريقة أخرى تعتمد على كمية الضوء المنعكس من سطح الجلد كمؤشر لمعدل تدفق الدم. غير أن هذه الطريقة تعطينا أكثر معدل التغير في تدفق الدم وليس كميته المطلقة، وتستخدم في التدريب على تغيير معدل التدفق فقط وكذلك فإن في استخدامها بعض المعوقات في التطبيقات العلاجية على المدى البعيد ولكنها تمتاز ببساطتها ورخص التكلفة وعدم الخطورة فيها.

أما الطريقة الثانية فتعتمد على الحس الحرارى فحينما يتوارد الدم بمعدل أعلى في الأنسجة فيترتب عليه تفتت هذه الأنسجة وهذه الحرارة تتدفق بالإشعاع إلى الخارج (كاشعاع الحرارة من الجلد إلى البيئة الخارجية) وكلما زاد توارد الدم زادت درجة حرارة الأنسجة ويستخدم لقياس هذه الحرارة جهاز يعرف بالثيرمستور أو المقاوم الحرارى Thermistor ولهذا الجهاز القدرة على اختزال المقاومة للكهربائية مع زيادة درجة الحرارة فإذا مر تيار كهربائى خلال المقاوم الحرارى الموضوع على نسيج ما فإن كمية التيار المتدفقة في الجهاز تكون مؤشرا لدرجة حرارة النسيج ومن ثم معدل تدفق الدم في العضو والتي تختلف من عضو إلى آخر.

وأخيراً تعتمد الطريقة الثالثة على أن الإجهاد الكهربائى للبلورات ينتج جهد صغير يتناسب مع فقدان الإجهاد الميكانيكى على البلورات.

ج- قياس ضغط الدم: Blood Pressur

يمثل خفض ضغط الدم في الأشخاص الذين يعانون فرط الانفعالية أملاً كبيراً للعاملين في مجال التغذية البيولوجية المرتدة، وقد تم التغلب على العديد

من العوائق النظرية والتكنيكية لتحقيق هذا الهدف. ويعتمد قياس ضغط الدم على حقيقة مؤداها حدوث صوت نتيجة الانغلاق الجزئي للوريد. ويعرف الصوت بصوت كورنكوف Korotkoff والذي يمكن قياسه بواسطة الحس الإنساني أو الالكترونى. وقد دلت الملاحظات أن ضغط الدم فى الظروف الطبيعية ثابت، وإن تغير تكون التغيرات طفيفة، ويرتبط مقدار الضغط الدموى بسببين رئيسيين أولهما هو تلك القوة التى يتففع بها الدم من القلب عند انقباضه، والثانية هى مقاومة جدران الأوعية الدموية وهذه المقاومة على الدم يمكن تخطيطها أثناء الحركة. وحيث أن العامل الثانى ثابت تقريباً فإن قياس الضغط يعتمد أساساً على العامل الأول بشكل خاص فأثناء انقباض البطنان يكون الضغط اعلى مما هو عليه أثناء انبساطهما ولذا يميز بين الضغط الاعلى (السيستول) والضغط الأدنى (دياستول) ويحدد كذلك الضغط النبضى الذى يعبر عن الفرق بين الضغط الأعلى والأدنى.

ويجرى قياس ضغط الدم عملياً فى الشريان العضوى حيث يتراوح الأعلى بين ١١٠-١٢٥ مم/زئبق، والضغط الأدنى ٦٥-٨٥ مم/زئبق ويكون عند الأطفال أقل وتعد طريقة كورنكوف أفضل طريقة لقياس الضغط باستخدام مقياس الضغط الدموى ويتكون الجهاز من أنبوب زئبقى وكيس مطاطى وكرايه (كره مطاطيه مجوفه يمكن بها دفع الهواء فى الكيس المطاطى) ويتصل الأنبوب الزئبقى بالكيس المطاطى والكرايه بواسطة انابيب مطاطية، حيث يلف الكيس المطاطى أعلى عضد المفحوص ثم توضع السماعة على حفرة المساعد، ويضخ الهواء فى الكيس المطاطى بواسطة الكرايه حتى يصبح الضغط داخله اعلى من الضغط المتوقع للمريض ومن ثم يتوقف سريان الدم فى الشريان العضدى ويختفئ الضغط تدريجياً داخل الكيس المطاطى باطلاق الهواء منه بواسطة لولب خاص حتى يظهر فى

السماعة صوتاً خاصاً وعندها يحدد مستوى الزئبق فى الأنبوب وهذا يحدد مقدار الضغط الأقصى وبعدها يستمر إطلاق الهواء من الكيس المطاطى حتى يغيب الصوت فى السماعه وفى هذه اللحظة يحدد مستوى الزئبق فى الأنبوب وهذا يقابل الضغط الأنى فى هذا الشريان (تكتارينوف ١٩٨٣) ويعاب على هذه الطريقة عند استخدامها فى التغذية المرتدة أن النفخ المستمر للكيس المطاطى يؤدى إلى تشنّت انتباه المريض ولذلك تستخدم بدلاً منه ما يعرف بتقليبه للقميص الثابت constant-cuff والذي يزودنا بقياس ضغط الدم النسبى مع كل ضربة قلب فتكون بذلك هناك تغذية راجعة مستمرة للمريض. وهناك طريقة أخرى تعرف بطريقة قياس سرعة الموجة الانباضية ولايستخدم فيها القميص المنفوخ ولكنها تستعمل الكترونيّات معدّدة تغطى تغذية راجعة مشابهة على أساس ضربة قلب بضربة قلب Beat to Beat وقد ظهرت هذه التقنية فى عام ١٩٧٦م وتعتمد على قياس سرعة موجة النبض القلبي حتى وصولها إلى مستشعرات الشريان العضدى، وكلما تزايد سرعة موجة النبض كان الضغط اعلى وتعكس سرعة موجة النبض تغيرات ضغط الدم الطارئه.

هذا وقد اكدت المعطيات التجريبية فعالية تقنيات التغذية البيولوجية الراجعة فى تخفيض الضغط الشريانى عند المرضى، وأن مزج التغذية البيولوجية المرتدة مع أساليب الاسترخاء تصبح أكثر فعالية، وحيث أنه من المعروف أن ارتفاع ضغط السيمتول هو المسئول عن المرض والوفيات أكثر من ضغط الدياستول، ولذلك فإن التدريب ينصب على خفض ضغط السيمتول بالتغذية البيولوجية المرتدة وهو العلاج المفضل للأشخاص الذين تزيد اعمارهم عن ٤٥ سنة والنساء فى كل الأعمار، أما الضغط الشريانى الأصغر (الدياستول) فله علاقة بالمرض والموت عند الشباب لأنه يؤدى إلى

زيادة المقاومة المحيطية الوعائية بفعل تصلب الشرايين، ولذلك فإن خفض الدياستول أكثر استخداماً مع الشباب. كما أن التدريب على التغذية البيولوجية بأجهزة قياس ضغط الدم في مكان هادئ خال من المؤثرات لا يكون كافياً وفعالاً في علاج مرضى الضغط الشرياني أو أولئك الذين هم على الحد الأعلى المسموح من الضغط لأن الضغط لا يرتفع عندهم إلا في الظروف البيئية المؤثرة، لذلك فإن التدريب الفعال يكون باضعاف ردود الفعل إزاء المنبهات الخارجية للموتره، وإزالة حساسيتهم ضد هذه التوترات، ومن ثم مساعدتهم على تعميم الخبرات المتعلمة المضادة للتوتر في مواجهة التوترات والشدائد اليومية للحياة، وهذا يمكن تحقيقه بتعرضهم لمؤثرات مماثلة للمؤثرات التي يواجهونها في حياتهم اليومية من خلال لعب الدور Role - Playing أو التخيل في الوقت الذي يبقى المريض سيطرته على الضغط الشرياني (محمد الحجار ١٩٩٠).

رابعا: أجهزة دراسة التغيرات الجلدية:-

أ- جهاز قياس حرارة الجلد (المقاوم الحراري)

ويستخدم هذا الجهاز لتدريب المريض على رفع درجة حرارة اليد أو القدم مما يؤدي إلى السيطرة على بعض نشاطات المجموعة السيمبتاوية والخاصة بتوسيع الأوعية الدموية وتنفق الدم وتنظيم جريانه في الأوعية المحيطة ومن ثم رفع حرارة اليد. فمن المعروف أن حرارة الجلد تتأثر بحجم الدم المتوافر في أوعيته، حيث تتأثر حرارة الجلد بعدد من العوامل الخارجية كبرودة الجو أو الوسط المحيط وتعاطي الكحول ويزيادة نسبة الأدرينالين وثاني أكسيد الكربون والهستامين في الدم، كما تتأثر حرارة الجلد بعوامل من قبيل التوتر الإنفعالي والقلق. حيث تؤدي هذه العوامل إلى انقباض الأوعية الدموية بالجلد وبرودة الأطراف، ويبني عمل هذا الجهاز على عكس العوامل

المسابقة أى حدوث استرخاء ومن ثم اتساع الأوعية الدموية وزيادة توارد الدم فى الأطراف وارتفاع درجة حرارتها حيث يوصل الجهاز باحدى أصابع اليد أو القدم دون شدة إليها بقوة حتى لايعيق حركة الدم فى الأوردة، ثم تعطى التغذية المرتدة اللازمة (صوتية أو ضوئية) ويلاحظ مقدار الارتفاع فى حرارة الجلد مع ملاحظة ضرورة وضع عازل بين الجلد والمقاوم الحرارى، كما يجب أن نعلم أن هدف القياس هو التغير فى درجة الحرارة وليس درجة الحرارة فى حد ذاتها، ويصلح هذا الجهاز فى علاج مجموعة متلازمات رينولد (برودة الأطراف الناتجة عن انقباض الأوعية الدموية المحيطة بفعل فرط التنبيه فى المجموعة السيمبثاوية)، والصداع النصفى والتوترى، وحالات الربو الشعبى، وفى التأكد من فعالية التدريب على الاسترخاء للمرضى الذين يعالجون بهذه الطريقة.

ويعرض الحجار (١٩٩٠) بعض الطرق السلوكية المستخدمة مع جهاز المقاوم الحرارى لتغيير حرارة للجلد.

أ- الإشراف المباشر direct conditioning ويتم فى الخطوات الآتية:-

١- يطلب من المتدرب للنظر إلى مؤشر العداد أو الضوء الصادر عنه أو البيان الرقمى له.

٢- يُعلم المتدرب أن الجهاز يقيس حرارة لليد، وأنه إذا تم رفع حرارتها سيكون هناك تغير فى مؤشر الجهاز.

٣- يطلب من المتدرب تجربة عدة طرق لرفع حرارة يده حتى يتم العثور على أفضل طريقة.

٤- يخبر المتدرب بالتغيرات الحادثة ليحفز على زيادة التغيير.

٥- يعطى المتدرب الإحساءات المختلفة لتسهيل رفع درجة الحرارة أو تبديلها حتى يتم العثور على الإحساءات الأكثر فعالية.

٦- يتم التدريب على التغذية البيولوجية بجهاز تخطيط العضلة أو بغيره أثناء رصد الحرارة، وعندما ترتفع خلال التدريب يخبر المتدرب بذلك كي يستمر في محاولة رفع درجة حرارة اليد بالخبرة التي وصل إليها.

ب- تقنيات الاسترخاء: وتتضمن التقنيات الأتية:-

- ١- يؤدي التدريب على الاسترخاء إلى زيادة في حرارة اليد وذلك عند تخفيض مستويات التوتر النفسي وخاصة استرخاء عضلات الكتف والساعدين واليدين بالمشاركة مع تخيل انتشار الحرارة في اليد.
- ٢- التدريب على توليد الأفكار autogenic وبخاصة التدريبات الموجهة نحو الشعور بنقل الأطراف وانتشار الحرارة فيها قد يؤدي إلى تزايد حرارة اليد وخاصة إذا كان مقروناً بالحدث الذاتي.
- ٣- الاسترخاءات قصيرة المدى تنجح في تحريض الاستجابة الاسترخائية ورفع حرارة الجلد.

جـ التخيل:-

ترمي أساليب التخيل إلى زيادة فعالية الاسترخاء، مثل تخيل الفرد نفسه مستلقياً على شاطئ البحر الرملي الدافئ في يوم مشمس أو تصوره إنه في بستان أخضر في أحد أيام الصيف، فالاسترخاء يجعل الذهن يطوف حراً في الكون دون قيود، وقد يتخيل الفرد نفسه وهو يضع يده في ماء دافئ أو في قفاز صوفى أو يجلس أمام موقد.

ب- جهاز استجابة الجلد الجلفانية (GSR) Galvanic Skin response

تتأثر الغدد العرقية كغيرها من الغدد اللقوية واللاقوية الأخرى بالحالة الانفعالية للفرد، ويستدل على ذلك بواسطة ما يعرف بالفعل المنعكس الميكوجلفاني Psychogalvanic reflex أو استجابة الجلد الجلفانية وذلك بأن

نمرر تيار كهربائى ضعيف فى الشخص المختبر الذى تم توصيل جلفانوميتر بجسمه، وننبه الشخص ملاحظ أن مؤشر الجلفانومتر يتحرك أحيانا ببطئ وأحيانا بسرعة وهذا دليل على انخفاض مقاومة الجسم للتيار الكهربى، ومن المرجح أن يكون سبب الإنخفاض هو زيادة افراز العرق نتيجة تنشيط الجهاز العصبى السمبتاوى، ذلك أن السائل المالح (العرق) من شأنه أن يسهل مرور التيار فيمكن أن يكون للمنعكس السيكوجلفانى دليلاً على إفراز العرق الناتج عن حدوث الإنفعال بصرف للنظر عن نوعية هذا الإنفعال (القلق-الخوف-الغضب أو غيرها)

وهكذا فإن جهاز استجابة الجلد الجلفانية يعتمد على نشاط الغدد العرقية والخصائص الكهربائية للجلد، حيث تثبت أقطاب الجهاز المطلية بكلوريد الفضة ومعجون ناعل للكهرباء أو أقطاب قماشية مشبعة بالفضة بأطراف اصابع اليد أو راحة الكف ومن ثم مرور التيار الكهربائى، وهناك فترة كمون حوالى ثائتين بين مرور التيار وظهور الاستجابة، كما تتأثر استجابة الجهاز بعوامل خارجية كحرارة الوسط المحيط ونسبة للرطوبة وعوامل فى المفحوص كرطوبة اليد، والسن والاستنشاق المفاجئ للهواء والحركة والضغط والتخمين وتعاطى الكحول.

ويتم تدريب الشخص على الجهاز حيث تثبت الأقطاب ويطلب منه الانتزلم بالهدوء وملاحظة حركة المؤشر فى العداد أو سماع الصوت الصادر منه ثم نعرض للمتدرب إلى العديد من المثيرات الإنفعالية كضرب اليدين فى وجه المتعالج لإحداث صوت موثر، أو الطلب منه أن يفكر فى أشياء مزعجة أو تخيل مواقف مؤثرة ثم يطلب من المريض مراقبة المؤشر ومعرفة مقدرا الزيادة التى حدثت نتيجة ذلك ومن ثم للتدريب على العودة إلى الدرجة السابقة قبل الإثارة من خلال الاسترخاء أو التخيل المعاكس أو

غيره. وكذلك تكريبه على تعميم هذه التجربة فى حياته اليومية وذلك بغرض إضعاف تأثير الموترات على النفس.

كما يعطى هذا الجهاز معلومات أخرى عن كل من عملية التنفس، وتوتر العضلات، والإحساس بالألم ويعرف أحياناً بجهاز كشف الكذب.

أما المجالات العلاجية لهذا الجهاز فإنه يصلح كأداة عرض لتوضيح العلاقة بين النفس والجسد، وفى علاج المخاوف المرضية والقلق والإضطرابات المماثلة كما يستخدم لتحديد التدرج الهرمى للمواقف المؤثرة والمسببة للخوف المرضى أو القلق، ولإضعاف الإثارة السيمبتاوية فى الإضطرابات الجسمية الأتية: زيادة ضغط الدم، الربو الشعبى، إضطرابات الكلام، وفرط الغراز العرق، ويستخدم فى الكشف عن المقاومة النفسية خلال العلاج النفسى والتكريب على الإسترخاء.

المراجع

- ١- فاسيلي تاتارينوف (١٩٨٣): تشرح وفزيولوجيا الإنسان ترجمة وطباعة ونشر دار مير للطباعة والنشر.
- ٢- محمد حمدي الحجار (١٩٨٧) أبحاث في علم النفس السريري والإرشادي-دار العلم للملايين - بيروت - لبنان.
- ٣- محمد حمدي الحجار (١٩٩٠) فن العلاج في الطب النفسي السلوكي-دار العلم للملايين-بيروت-لبنان.
- 4- Katjin, ES. and Coldband, S. (1980) biofeedback; (in) helping people change, second Edition, Edit by: Frederick H. Kanfer & Arond P. Goldstein, pergaman press Inc. New York.

الفصل التاسع عشر

تطبيقات العلاج السوي لمدمني المخدرات

يعد إدمان المخدرات أو ما يعرف في المستوى الرسمي بسوء استخدام العقاقير substance abuse من أخطر ما يواجه عالم اليوم من مشكلات، وأهم ما يشغل بال الكثير من والمهتمين بالبرامج الاجتماعية والنفسية من رجال شرطة وأطباء وأخصائيين نفسيين ورجال خدمة اجتماعية ورجال تربية وعلماء دين وغيرهم. فقد أضحى هذا الكابوس المعاصر جاثماً على صدور هؤلاء جميعاً محاولين التخلص منه بشتى الطرق المختلفة.

الاعتماد وسوء استخدام العقاقير:

تطالعنا فى إطار إدمان المخدرات اصطلاحات مثل الاعتماد Dependence وسوء الاستخدام Abuse وفى وصف الزميتين فى الدليل التشخيصى والاحصائى للأمراض العقلية الذى تصدره الجمعية الامريكية للطب النفسى فى الاصدار الرابع (عام ١٩٩٤) نجد الآتى:-

علامات الاعتماد على العقاقير:-

نمط غير تكيفى من استخدام العقاقير، يؤدى إلى قصور أو ألم نفسى جوهري من الناحية الاكلينيكية كما تدل عليه ثلاث (أو أكثر) من الآتى تحدث فى أى وقت لثناء فترة اثنى عشر شهراً.

١- التحمل (الاطاقة) Tolerance كما يحدده أى من الآتى:

(أ) الحاجة إلى كميات تزداد بوضوح من العقار لتحقيق التأثير المطلوب.

(ب) تأثير متناقص مع استمرار تعاطى نفس الكمية من العقار.

٢- انسحاب كما يظهر فى أى من الآتى:

(أ) زملة الانسحاب المميزة للمادة (العقار).

(ب) نفس (أو مزيد من) المادة تؤخذ للتخلص من أو تجنب أعراض الانسحاب.

٣- تؤخذ المادة غالباً بكميات أكبر أو لمدة أطول عما كان مقصوداً.

٤- توجد رغبة مستمرة أو محاولات غير ناجحة للانقطاع عن أو ضبط استخدام المادة.

٥- يوجد قدر كبير من الوقت يبذل في أنشطة ضرورية للحصول على المادة. (زيارة عدة أطباء أو القيادة لمسافات طويلة) أو في استخدام المادة (مثلاً التدخين مع شلّة) أو البرء من أثارها.

٦- الانقطاع عن أو تقلص الأنشطة الاجتماعية الهامة، الأنشطة المهنية، أو الأنشطة الترويحية بسبب استخدام المادة.

٧- يستمر استخدام المادة رغم معرفة وجود مشكلة بدنية أو نفسية مستمرة أو معاودة ربما تكون قد نتجت عن أو تضخمت بسبب هذه المادة (مثلاً) استخدام الكوكايين في الوقت الحاضر رغم إدراك حدوث اكتئاب بسبب استخدامه أو الاستمرار في الشرب رغم إدراك أن القرحة تزداد سوءاً بسبب استهلاك الكحول.

خدد ما إذا كان:

- مع اعتماد فيزيولوجي: دليل الإطاقة أو الانسحاب (أى الفقرة ٢، ١)

- بدون اعتماد فيزيولوجي: لا يوجد دليل على الإطاقة أو الانسحاب

(أى لا توجد الفقرة ٢، ١)

مواصفات المنابر :-

مكون كامل سابق

مكون جزئى سابق.

مكون كلى مستمر.

مكون جزئى مستمر.

فى علاج

فى بيئة مضبوطة

هذه هى الاعراض الهامة لحالات الاعتماد على العقاقير الضارة لكن يجب أن ندرك أن لكل عَقل من هذه العقاقير اعراض ادمان خالصة به تميزه عن غيره من العقاقير. (DSM-IV- 1994 P: 181)

علامات سوء استخدام العقاقير:

أ- نمط غير متكيف من استخدام مادة يودى إلى قصور أو ألم نفسى جوهري من الناحية الاكلينيكية كما يظهر فى واحد (أو أكثر) مما يلى حادثاً فى خلال ١٢ شهراً من الزمن:

١- استخدام معالود لمادة ينتج عنه اخفاق فى الوفاء بالتزامات رئيسية للدور فى العمل أو المدرسة أو المنزل (مثلاً غيابات متكررة أو أداء منخفض فى العمل يرتبط باستخدام المادة أو غيابات مرتبطة بالمادة، تعليقات (فصل مؤقت) أو طرد من المدرسة، إهمال الاطفال أو شئون المنزل.

٢- استخدام متكرر لمادة فى المواقف التى يكون فيها مخاطرة على الناحية البدنية (مثلاً قيادة سيارة أو تشغيل ماكينة عندما يكون لديه قصور نتيجة استخدام مادة).

٣- مشكلات قانونية متكررة (مثلاً القبض عليه كنتيجة لسلوك مختل مرتبط بالمادة).

٤- استخدام مستمر للمادة رغم وجود مشكلات اجتماعية أو في العلاقات الشخصية مستمرة أو متكررة ناتجة عن أو تولدها آثار المادة (مثلا: مناقشات مع الزوج أو الزوجة حول نتائج التسمم بالمخدر، مشاجرات بدنية)

ب- الاعراض لا تقابل على الاطلاق المحكات الخاصة بالاعتماد على عقار لهذا النوع من العقاقير. (DSM, IV 1994-pp 182-183)

انواع العقاقير:

العقاقير الضارة أو ما يعرف جوازاً "بالمخدرات" يمكن تصنيفها تبعاً لعدة طرق فقد تقسم حسب المصدر إلى طبيعي وصناعي وقد تقسم حسب اللون إلى سوداء وبيضاء لكن أكثر التقسيمات شيوعاً هو تصنيفها إلى انواع حسب نوع التأثير الذي تحدثها على الانسان أى على الشخص الذي يتعاطاها على النحو التالي:

١- مجموعة المهدئات Sedatives

وتشمل على الكحول والخمر والبيرة، كما تشمل أيضاً على المهدئات Barbiturates مثل الفيريبيوتال والميكونال والفاليوم والليبريم الخ...

٢- مجموعة المنشطات Stimulants

مثل الكافين الذى يوجد فى القهوة والشاي والكوكاكولا كما تشمل على النيكوتين بأنواعه وأشهرها السجائر والامفيتامينات مثل البنزدرين والميثروين والكوكايين.

٣- مجموعة القنب الهندي Cannabis Sativa

وتشمل الحشيش والماريجونا والبانجو وغيرها من المسميات التي تطلق على مشتقات النباتات المؤنثة لنبات القنب الهندي.

٤- مجموعة الأفيون: Opiates

وتعرف بالمخدرات وربما نتيجة انشغال المجتمع العالمي بها في أوائل هذا القرن أصبح اسم المخدرات يطلق على سائر العقاقير الضارة.

وتشمل هذه المجموعة الأفيون ومشتقاته مثل الهيروين، والميثادون، والمورفين، والكودايين والبيركودن والديموريل وأدوية السعال.

٥- عقاقير الهلوسة: Hallucinogens

ومنهما عقار LSD والسيلوسيبين Psilocybin، والميسكالين، STP، MDA وغيرها.

٦- أنواع أخرى:

مثل المذيبات الطيارة التي تستخدم في صنع اللاصقات الصناعية مثل مواد اللصق الخاصة بالموكيت وكذلك ما يدخل في أقلام الكتابة (الفلوماستر) وما يدخل في صناعة ملونات الأظافر.

ولايقف ضرر المخدرات على ما تحدثه من آثار مدمرة بدنية وعقلية على الفرد وإنما يتجاوز ذلك إلى اضرار اجتماعية كثيرة منها تقطع العلاقات الاجتماعية وارتكاب الجرائم في سبيل الحصول على المادة المخدرة واتسلاف حياة الفرد المهنية أو التعليمية وبالتالي فانها تسبب اهدار كبيراً لاقتصاد الدول خاصة وإن المخدرات تستهدف شباب الأمم.

لقد أصبحت تجارة المخدرات خاضعة لعناصر الجريمة المنظمة بتدبيرها شبكات عالمية وتدخل كوسيلة للحرب ضد الدول النامية لتحقيق أغراض سياسية.

النظريات المفسرة للاعتماد على المخدرات:

أولاً - النموذج المرضي The Disease Model

من الصعب أن ندخل للنموذج المرضي لتفسير سوء الاستعمال أو الألمان في أي من النظريات النفسية أو النظريات السلوكية البيئية. رغم

مسمى هذا النموذج فان نموذج المرض ليس نموذجاً طبيياً ولا نموذجاً بيولوجياً ورغم قدم هذا النموذج فلا يزال واعداً في هذا الميدان. لكن لسوء الحظ فان النموذج لايشتمل على تفسير واضح للامان وجوهر هذا النموذج يشير إلى أن سوء الاستخدام أو بصفة محددة "الامان" هو مرض. فالامان مرض قائم بذاته وليس عرضاً أو جزءاً من مرض آخر والامان كمرض ليس تفسيراً بقدر ماهو تقرير للحقيقة حول انماط الاستخدام غير المتكيف وخطر التكرار لهذه الانماط لثناء حياة المدمنين.

ثانياً - النظريات النفسية Psychological theories

ويقصد بها في هذا المقام النظريات التي تعتمد في تفسيرها على العمليات العقلية الداخلية للفرد ورغم أن لأحد يتجاهل العوامل البيئية فانه قد يكون للعوامل الداخلية مثل العواطف والمشاعر وخصائص الشخصية دورها الاساسي في هذا السلوك المرضى.

١ - النظرية السيكدينامية: Psychodynamic theory

مادت المدرسة السيكدينامية المجال النفسي في النصف الأول من القرن العشرين وهي مثل نظريات أخرى تنظر للامان على أنه عرض symptom أكثر من كونه سبباً لمشكلات سلوكية أو انفعالية.

وهناك عدة مدارس رئيسية تدخل في أدبيات المدرسة السيكدينامية فهناك تفسير يدور حول التثبيت الفمى oral fixation خاصة في تفسير سوء استخدام أو الاعتماد على الكحول.

ثمة تفسير آخر نشأ في المدرسة السيكدينامية يرى أن عدم مقدرة الأم أو الاسرة على الوفاء بحاجات الطفل الاعتمادية في المرحلة المبكرة مما ينتج عنه عدم تأكيد لدى الطفل حول اشباع هذه الحاجة. وبذلك فإن الطفل لايطور القدرة على تأجيل الاشباعات.

وهذا التحمل المنخفض للحباط يظهر فى صورة سلوك اندفاعى مثل الغضب أو الانسحاب أو فى صورة استخدام للمواد الذى يعتبر اسلوب غير ناضج لتحقيق الاشباعات الفمية (Blane 1990).

ثمة تفسير آخر طوره ميننجر (1938) Menninger الذى يرى أنه طالما ان الحاجات الشخصية لم تشبع فان الفرد يصبح غاضباً من والديه ولأنه غير قادر على التعبير عن هذه الرغبات العدائية نحوهما فإن غضبه يتجه داخليا ويظهر فى شكل سلوك مدمر للذات من خلال سوء استخدام العقاقير. وفى رأى كثير من منظرى المدرسة السيكوندينامية فإن المدمنين يشتركون فى الغالب فى بعض الخصائص مثل الاعتمادية، والاندفاعية، والنرجسية، والانعزال العاطفى، ومشاعر عدم الملامة والاكتئاب. وينظر إلى الخمر والمخدرات على أنها طريقة للوفاء بحاجات الاعتمادية واستبعاد عدم الارتياح النفسى الناتج عنها وتعمل المواد المنشطة نفسياً psychoactive كمعينات للأنا Ego - protheses (Wieder & Kaplan, 1969)

وهناك تفسير آخر تأتى به المدرسة السيكوندينامية ترى فيه المادة أو العقار الضار على أساس أنها "موضوع Object" والأمان على أساس أنه يشابه الاعتماد على اناس آخرين. (Meeks 1987) كذلك فانه ينظر للأمان على أنه بديل عن علاقات مع آخرين قد تؤدي بالفرد إلى صراع أو أضرار. وهناك فرض التداوى الذاتى Self - medication باعتباره تفسيراً نفسياً لظاهرة الأمان حيث يرى أن الفرد يستخدم الكحول وغيره من العقاقير لمداواة عدم تحمل الحالات الوجدانية. وفى رأى خانتازيان (١٩٨٥) Khantazian أن اختيار العقار أو المادة التى تستخدم يتم بناءً على قدرتها على ضبط حالات وجدانية معينة. فبعض المدمنين يستخدمون العقاقير المنشطة للتعامل مع الاكتئاب والضعف أو الخوف بينما آخرون يستخدمون المهدئات لعلاج اضطراب الغضب أو الهياج.

٢ - نظريات السلوكية (التعلم) والبيئة:

النظريات السلوكية أو نظريات التعلم هي تلك النظريات أو التفسيرات التي تبحث عن تبرير السلوك. وهو هنا استخدام أو إساءة استخدام العقاقير. على أساس من تفاعلات الفرد مع البيئة وأثار متغيرات بيئية معينة على السلوك. وتتضمن النظريات السلوكية نظرية التعلم الاجتماعي، النظريات التفاعلية وجوانب من نظرية للتوقع ونظرية خفض التوتر ونظرية كبح استجابة الانضغاط.

أ- نظرية التعلم الاجتماعي: Social learning theory

تفترض نظرية التعلم الاجتماعي أن كل صور استخدام المواد تحكمه القواعد الإجرائية وقواعد التعلم بما في ذلك العوامل المعرفية. (Abrams & Niaura 1987) ويتعرض الشباب لنماذج تنمى الاتجاهات نحو استخدام العقاقير وكذلك المعتقدات السائدة حوله ونماذج من سلوك التعاطي حيث يتعلمون منهم هذا السلوك، وبناء على التعرض للمواد أو العقاقير فإن الخبرة المباشرة تجعل استخدام العقاقير أما يعزز إيجابيا أو سلبيا عن طريق أثاره (انظر الحديث عن التعزيز في الجزء الخاص بالأسس النظرية) وتشتمل المعززات الناتجة عن المخدرات خفض التوتر وخفض الانضغاط أو التعامل مع الحالات الوجدانية السلبية أو زيادة التفاعلات الاجتماعية. وإذا استمر استخدام العقار فإن زيادة التحمل (الإطاقة) للآثار المعززة يتطلب كميات أكبر لتحقيق نفس الآثار. والحصول على كميات أكبر قد ينتج عنه لشغل زائد بالحصول عليها - وبالمثل فإن الاعتماد البدني قد ينتج عنه ما يستلزم مزيد من الاستخدام لتجنب أعراض الانسحاب. والحصول على المعززات قصيرة المدى قد يحقق الرغبة في تجنب التعزيز السالب من النتائج السلبية السابقة الناتجة عن استخدام المادة.

وقد اعطت التعديلات الاكثر حداثة لنظرية التعلم الاجتماعى أهمية أكبر للعوامل الأخرى بما فى ذلك للخصائص الشخصية، والعوامل المعرفية ونواقص مهارات التعامل الاجتماعية النفسية 1987 Abrams & Niaura.

ب ـ النظريات للتفاعلية Interactional theories

تقترح هذه النظريات أن السلوك بما فيه سلوك استخدام العقاقير هو نتيجة للتأثيرات المتبادلة بين الشخص (الفرد) وبيئة هذا الشخص ومخزون السلوك الفردى. وإذا قارناها بنظرية التعلم الاجتماعى فإن الفرد يعتبر عاملا نشطا يتأثر بالعوامل المعرفية، والوجدانية والدافعية بجانب تأثره بالبيئة. ومن شأن عملية التفاعل المستمرة والتغذية المرتدة بين البيئة والفرد أن تؤثر على السلوك. وتقوم النظرية التفاعلية الحديثة على أساس من نماذج احصائية للتباين المتعدد multivariate statistical models وتمثلها نظرية السلوك المشكل Problem behavior theory التى اقترحها جيمسور وجيسور (1977) Jessor & Jessor ونموذج المجال the domain Model الذى اقترحه هوبا وبنتر (1982) Huba & Bentler والنموذج النمائى لزوكر (1979) Zucker the developmental model

وفى رأى جيمسور وجيسور أصحاب نظرية سلوك المشكلة، أن مشكلة تعاطى الخمر هو واحد من عدة مشكلات، وهذه السلوكيات للمشكلة هو نتيجة للتفاعل بين ثلاثة أنظمة داخل الفرد: الشخصية، البيئة المدركة، والسلوك. وفى داخل كل نظام (منظومة) system هناك خصائص أو متغيرات تمثل تعرضا أو ميلا "Proneness" للانحراف أو لسلوك المشكلة. وكل سلوكيات المشكلة. فإن سلوك الشرب سواء كان يمثل أو لا يمثل مشكلة هو متغير مستمر أكثر من كونه حالة منقطعة. ولا ينكر جيسور شيئا عن الآثار الصيدلانية أو الاستهداف البيولوجى.

وفى نموذج المجال يرى هوبا وينتلى أن الشرب هو واحد من مجموعة اكبر من النزعات السلوكية أو طرز الحياة. وهذه النزوعات هى نتيجة للتفاعلات بين عدة مجالات domains هى المجالات البيولوجية والداخلية الشخصية والبيشخصية والثقافية وبذلك فان نموذج المجال يبدو أنه أكثر شمولاً عن غيره من النظريات التفاعلية بادخاله استخدام العقاقير فى اطار واسع من السلوك والتأثيرات بكل من العوامل البيئية والبيولوجية.

جـ - نظرية التوقع: Expectancy theory

أن التوقعات هى عمليات معرفية تربط الاحداث أو بشكل أدق توقع الأحداث لنتائج معينة. ومن خلال قواعد التعلم يتعلم الفرد أن يتوقع العلاقات بين الأحداث أو الموضوعات فى موقف قادم. وبالنسبة لنظريات التوقع، فإن ما يتم تعلمه هو العلاقة بين استخدام المادة ونتائج معينة مرغوبة نتيجة أنها معززة. ويحدث سوء استخدام العقار عندما يكون لدى المدمن توقعات ايجابية للاستخدام اكبر من عددها أو قيمتها عن التوقعات السلبية وهذه التوقعات قد تُعزز فى خبرة قصيرة المدى. ونظراً للكميات المحدودة للخبرة والاستهداف لتأثيرات الثقافة الشائعة وخرافتها فإن المراهقين قد يكونون أكثر عرضه لتنمية التوقعات التى لا يثبت صدقها فى المدى البعيد.

د - نظرية خفض التوتر أو محق استجابة الانضغاط:

على الرغم من أن فكرة أن مدمنى الكحوليات يكونون متوترين نتيجة لاحباط الصراعات المتصلة بالجوانب الفمية والاعتمادية التى قد نشأت فى اطار أدبيات مدرسة التحليل النفسى. فإن نظرية خفض التوتر Tension reduction تقوم اساساً على قواعد التعلم التى ينظر فيها لسلوك الامان على أنه سلوك يكافأ. والعناصر الرئيسية فى نظرية خفض التوتر تقرر أن

الكحول يخفض التوتر الذى يشتمل على الخوف، والقلق والصراع والاحباط وان الكحول يستخدم لخصائصه المخفضة للتوتر. وقد أوضحت البحوث الأكثر حداثة أن خصائص خفض التوتر للكحول تشاهد فقط فى اطار منحنى استجابة لجرعة كحول محدودة وأن خفض التوتر ليس عاملاً وحيداً صادقاً لتفسير الاستخدام وسوء الاستخدام (Cappell, H & Greeley, J 1987)

أما نظرية محق أو إخماد استجابة الانضغاط stress response dampening فهي شبيهة بنظرية خفض التوتر. حيث يتعلم الفرد أن العقاقير يمكن أن تخفض من استجابته الجسديه للضغوط وبذلك فهي تلقن وتشجع استخدام العقار فى مواقف ضاغطة مماثلة وتشمل العمليات المعرفية بما فيها التوقعات وخصائص الفرد مثل الاستجابة والحساسية للضغط مما قد تكون هامة فى تحديد الأشخاص المستهدفين.

هـ - الاعاقة الذاتية Self - Handicapping

الأفراد الذين ليسوا متأكدين حول جدارتهم فى مواقف محددة قد يستهلكوا الكحول أو غيره من العقاقير لكى يُعززون (يُرجمعون) أداءهم الضعيف لحالة التسمم بدلا من عزوها لضعف جدارتهم أو قدرتهم الحقيقية.

و - الوعي الذاتى Self - awareness

أن للكحول وغيره من العقاقير تؤثر على العمليات المعرفية بما فيها الوعي بالذات (Hull 1987) ويصبح الفرد أقل قدرة على تقويم خبرائته الشخصية السلبية بما فيها الأخفاق والنتائج السلبية للاستخدام أو سوء الاستخدام المستمر للعقار، ومن ثم فإن الاستخدام يمكن أن يستمر. وبالنسبة للشباب الممنون فإن ادراك الآثار السلبية للعقار هو امر ضرورى للفرد لكى يكون قادر على تفادى استخدام هذه العقاقير كلها أو لتجنبه التقدم من الاستخدام التجريبى إلى الاستخدام الحقيقى للعقار.

ثالثاً: النظريات البيولوجية Biological theories

أن القصور المرضى لسوء استخدام العقاقير يعتبر قصوراً شائعاً فى المجتمع ودوره العلاجى ومعظمنا يشعر أن الذين يسيئون استخدام العقاقير مرافقين كانوا أوشاباً إنما هم مرضى ويحتاجون للعلاج. ومع هذا فإن تعريفاً محدوداً ولكن شائع الاستخدام للمرض يتضمن وجود شنوذ بدنى يحيط به - سواء كان هذا الشنوذ تشريحاً أو بيوكيمياً أو فيزيولوجياً. وحتى وقت وقريب فإن عدم القدرة للاشارة الذى شنوذ بدنى محدد قد أدى بالبعض أن يتساءلوا حول ما إذا كان سوء الاستخدام أو الاعتماد أو أياً ما يسمى يعتبر مرضاً.

وفى العقود الماضية فإن الانلة تشير إلى وجود خصائص أو جوانب شنوذ بيولوجية كجوانب موجودة للذين هم عرضة لسوء استخدام العقاقير (Tarter 1992) وقد أوضحت الدراسات الوراثية المشتعلة على دراسات حالات التبني والتوائم وجود مكون وراثى (جينى) مستقلاً عن التأثيرات البيئية. ومع وجود دليل على الاستعداد الوراثى فقد بحث العلماء عن علاقات بيولوجية بمقارنة اطفال الاشخاص مستخدمى المخدرات (الذين لديهم خطر أكبر) مع اطفال غير المستخدمين لها (منخفضى الخطر). وتشير نتائج التحليلات البيولوجية المختلفة إلى وجود مؤشرات بيولوجية قد تكون علامات أو تمد الفرد بنشاط لتطويع سوء استخدام الكحول أو غيره من العقاقير.

وقد اقترح الباحثون عدة نظريات وراثية حيوية تشتمل على شنوذ فى وظيفة نقل السيلالات العصبية مثلاً السيروتين أو الكاتيكول أمينيات أو اختلافات فى تمثيل الكحول. وغواب دليل طاغى لاي من هذه العلامات البيولوجية يجعل من أى سبب بيولوجى منفرد امر غير وارد.

العلاجات السلوكية للأمان:

إن العلاجات السلوكية للأمان تقوم على أساس من التغيرات الامبريقي بين انماط استخدام العقاقير والبيئة المحيطة، ومن ثم فانها تركز على سلوكيات استخدام العقاقير بشكل مباشر وعلى كيفية اختلاقتها تبعاً للظروف المتغيرة في البيئة الطبيعية. والغرض من العلاج هو خفض تفضيل المدمن لاستخدام العقار في الوقت الذي يُريد فيه تفضيل الأنشطة الأخرى التي تستاند الأداء التكيفي في المدى الطويل، والمجالات النوعية للأداء التي تتأثر عكسياً باستخدام العقار سوف تختلف بين المدمنين كما تختلف انماط استخدام وسوء استخدام المادة وتستلزم أن نجرى تفريد للعلاج.

١- العلاجات التي تركز بشكل مطلق على استخدام المادة:

أن العلاجات القائمة على بالتفجير والتعريض للمثيرات الموصوفة في هذا القسم تبحث في تغيير سلوكيات الإمان فقط دون الاهتمام بشكل مباشر بالتعامل مع المشكلات المرتبطة بها. وبذلك فانها تستخدم كوسائل لقمع المشكلة الخاصة بالأمان أما المحافظة على ماحققناه من مكاسب علاجية فانه قد يتطلب مزيداً من التدخلات. والعلاجات الموصوفة في هذا القسم تشترك في خاصية أساسية هي أنها تبنى على الاشراف الكلاسيكي.

أ. العلاج بالتفجير: Aversion therapy

الفكرة وراء استخدام العلاج بالتفجير مع مدمنى المخدرات هي أن نقرن (نزاوج) بين مثير مناسب للمادة التي يتعاطاها الشخص (مثل منظر أوطعم المادة) مع مثير منفرد (مثلاً أدوية مسببة للغثيان) مما يؤدي إلى أحداث اشراف تتفجّر للمثير المتصل بالمادة. ويفترض أن يتوقف الخفض التالي لاستخدام المادة على قوة التفجير المشروط. وفي استخدام هذه الطريقة مع مدمنى الكحول يعطى للمريض دواء مثير للغثيان مثل هيدروكلوريد الأميتين

Emetine Hydrochloride فى اطار بيئة طبية ثم تعرض العلامات المتصلة بالمادة أو العقار على المريض اثناء الغثيان والقيء.

ونظرا لأنه من الصعب التحكم فى المدى الزمنى الذى يستغرقه تأثير المادة المستخدمة لوجود مخاطر مرتبطة باستخدام هذه الأنوية فقد اقترح استخدام مستويات مؤلمة ولكنها آمنة من الصدمات الكهربائية كبديل للمثير المشروط (الدواء المقيء). ورغم أن الصدمات الكهربائية أكثر أمنا وضبطاً فان البحوث تشير إلى أنها أقل فاعلية فى علاج إيمان للكحول عن استخدام المقيئات.

ب - تكوين الحساسية بشكل خفى: Covert sensitization

نتيجة لبعض المشكلات المرتبطة باستخدام العلاج بالتفجير مثل ضرورة اتمامها تحت اشراف طبي وعدم اتساقها مع أخلاقيات العلاج إذا وجد بديل أكثر ايجابية وغيرها من المشكلات بدأ التفكير فى استخدام تكوين الحساسية بشكل خفى وكذلك التفجير التخفى.

بناء على البحوث التى أجراها كوتيل (1970) Cautela فان التكوين الخفى للحساسية يتضمن المزاوجة التخيلية لمشاهد استخدام المخدرات مع أحداث ذات مستوى عالى من الكدر وفى بعض الاحيان يصاحب ذلك روائح منفرة مثل حامض الفاليريك. كما أن أساليب التفجير المستخدمة تلك التى اثناءها يغمر المريض بالمشاهد غير السارة المرتبطة بتخيل استجابة مناسبة مثل رفض استخدام العقار أو مغادرة البيئة التى يستخدم فيها العقار.

وقد وصف ريميل وميلر ودوجر (1989) Rimmel, Miller & Dougher كيف يستخدم التكوين الخفى للحساسية الذى يستلزم تطوير مشاهد واقعية تشتمل على استخدام المريض للمادة تقرن به مشاهد تكوين الحساسية التى تشتمل على نتائج غير سارة لدرجة بعيدة لاستخدام العقار. أن هذا النوع

من العلاج يعتمد على فاعلية المريض فى تكوين (بناء) والابقاء على وانتهاء الميثرات المتخيلة وهذه قد تعاني من قصور لدى بعض الافراد. ولهذا الاسلوب العلاجى ميزات تجعله يتفوق على اسلوب التنفير (فهو أكثر أمناً وايسر فى الاستخدام فى مواقف عديدة)

جـ - التعريض للعلامات ومنع الاستجابة:

ثمة اشارة مشتركة فى كل من أدبيات الكحوليات والمخدرات هى أن المثيرات البيئية التى ترتبط بشكل متكرر مع استخدام المادة أو مع الانسحاب منها يمكن من خلال عملية اشرط كلاميكي أن تستخدم كمثيرات مشروطة لمزيد من استخدام المادة. وعلى الرغم من عدم الاتفاق على طبيعة الاستجابة المشروطة (اى ماذا كانت تمثل زملة انسحاباً مشروطاً أو يعمل كحافز ايجابى لاستهلاك المخدرات) فان هذه الوجهة قادت إلى تطور العلاجات القائمة على التعريض exposure مع مدمنى الكحوليات والمخدرات. وهى شبيهة بالعلاجات السلوكية المستخدمة مع حالات اللوساوس والافعال القهرية. وفى حالة المدمنين فان المرضى يُعرضون لمثيرات ترتبط بالمادة ويمنعون من أويشجعون بشدة على عدم الاشتراك فى استخدام العقاقير. ومع تكرار التعرض فان الرغبة فى الاشتراك فى استخدام المخدرات تنطفئ مما يؤدي إلى تقليل استخدام هذه العقاقير عندما يتعرض المريض لمثيراتها فى بيئاتهم الطبيعية.

ويصف رانكلين وزملاؤه (Ranklin et al ١٩٨٣) استخدام هذه الفنية مع مدمنى الكحوليات المقيمين داخليا فى احدى المصحات حيث اعطيت لهم جرعة أولية من الكحول ثم وضعوا قريبا جدا من مشروبات كحولية لمدة ٤٥ دقيقة، وقد شجع المرضى على أن يمسكوا بالشراب وان يضعوه على

شفاهم وأن يشموا الكحول وقد نتج عن هذا التعريض انخفاض الرغبة في الشراب. وقد استخدمت استراتيجيات مماثلة مع مدمنى الكوكايين.

٢. طرق العلاج الاجرائية الشاملة Comprehensive Operant treatment
أن الطرق الثلاثة المذكورة فيما بعد تعتبر أكثر شمولاً عن العلاج بالتفكير أو العلاج بالتعريض ونهتـم بسلوكيات استخدام العقاقير ومشكلات الحياة المتصلة بها. ولأنها تستند أساساً على المكافأة أو الانطفاء وتتعامل مع سوء استخدام المادة في البيئات التي تحدث فيها فإنها لاتعاني من المشكلات الأخلاقية التي ترتبط مع أساليب العلاج بالتفكير.

أ. التدريب السلوكي على الضبط الذاتي Behavioral Self-Control Training
يعتبر التدريب السلوكي على الضبط الذاتي علاجاً قائماً على المكافأة يلائم بشكل خاص المرضى المترددين على العيادات الخارجية. وتتميز هذه الطريقة بأسلوبها التعليمي في تدريب المرضى على أن يصبحوا محللين سلوكيين فعالين للترابطات (العلامات) التي تبقى على اختلالات الأمان لديهم. ويتم التدخل عند ثلاث مستويات ويمكن تطويعه ليلتزم حاجات المرضى كأفراد.

١- أساليب ضبط المثير: التي تهدف إلى استبعاد المثيرات البيئية المرتبطة بإساءة استخدام العقار.

٢- تعديل طوبوغرافية أو نمط الوقت الخاص باستخدام المادة بطريقة تقلل إلى حد بعيد من التسمم intoxication أو غيره من الآثار السلبية.

٣- تعديل نتائج استخدام العقار والسلوكيات المرتبطة به لتدعم (تعزز) انقاص استخدام العقار وزيادة الانخراط في السلوكيات التكيفية.

وتشمل اجراءات ضبط المثير على تقدير مبدئى غالبا خلال المراقبة الذاتية لظروف البيئة أو الأحداث الخاصة التى تسبق أو تحدث سواء استخدام المادة. ثم أن المريض يعتبر كل استخدام للعقاقير لمجموعة واحدة ذات مثيرات قوية. ثم أن هذه المجموعة من المثيرات سوف تحذف أيضا ولكن هذا يتطلب اساليب التعامل مع الترابطات Contingency management التى تعدل من نتائج استخدام العقار.

ورغم أن اجراءات التدريب السلوكى على ضبط الذات قد تطورت فى اطار التدريب على خفض الشرب أو التعاطى فان التداخلات التى تعدل من طوبوغرافية أو النمط الزمنى لاستخدام المادة تعتبر مفيدة بغض النظر عن الهدف العلاجى. وحتى فى البرامج الموجهة من خلال المنع فان معظم المرضى يخرطون فى بعض الاستخدام للعقاقير وتساعد هذه البرامج على تقليل الكمية التى يستخدمونها فى المواقف أو فى الأوقات عندما يكون خطر النتائج السلبية عاليا. (مثلا قيادة السيارات أثناء التسمم بالعقاقير) وتشتمل للتدخلات على:

- (أ) أن يوافق المرضى على تناول مشروبا أو عقارا أقل تفضيلا (مثل الميثادون بدلا من الهيروين) عندما يحدث الاستخدام.
- (ب) تدريب المرضى على أن يستخدموا العلامات الخارجية ليراقبوا مستويات التسمم (مثلا أن يعدوا رشقات الخمر).
- (ج) أن يوافق المرضى على تقييد استخدام العقار بالوقت والمواقف التى تقلل من النتائج السالبة (وهذا للتدخل يختلط مع اجراءات ضبط المثير).

أما اساليب أو إجراءات التعامل مع المواقف الطارئة Contingency mangement procedure التى يديرها المريض أو غيره من المهتمين مثل افراد أسرته فتستخدم فى شكل نمطى لتعديل نتائج استخدام

العقار والسلوكيات المرتبطة به. وكما في كل هذه البرامج فإن السلوكيات المستهدفة والأهداف تكون:

(أ) محدده في صور قابله للملاحظة وغير مبهمه.

(ب) تجزأ إلى وحدات صغيرة بحيث تحدث بشكل متكرر لتسمح بفرض تعزيز متكرره.

(ج) أن تراجع في الوقت الذى يحدث فيه تغير في السلوك بحيث يمكن أن تشكل الاهداف بعيدة المدى بصورة متزايدة. ويجب أن تعطى المعززات بسرعة عقب اداء السلوك المستهدف ويجب أن تكون متوفرة وغير مكلفة وتعد بما يناسب البنية التفضيلية للمريض. ويمكن للمعززات أن تشمل على وقت راحة منفرداً كل يوم، واحداث اجتماعية لاتشتمل على تعاطي عقاقير كما يمكن استخدام قاعدة بريماك Premack للتعرف على المعززات الفعالة. أى أن السلوكيات الاكل توقعاً يمكن أن تعزز بسلوكيات ذات احتمالية عالية. على سبيل المثال فإن مريضاً محباً للجلوس وله مشكلة تتعلق باحتساء الخمر مع أهداف تتمثل في ترك الخمر وان يكون ذو لياقة بدنية يمكن أن يكون حضوره مساءً كوسيلة تشغل الوقت الذى كان يمضيه سابقاً في الشرب يمكن تعزيزه بالاشتراك فيما بعد في نشاط جلوس مفضل (مثلاً وقت يقضيه فى السونا وحمام السباحة).

التعامل مع المواقف الطارئة (الترابطات) Contingency management

أن عنصر التعزيز في التدريب السلوكي على ضبط النفس أمكن استخدامه بنجاح منفرداً في علاج ادمان المخدرات والى درجة أقل في علاج

حالات ادمان الكحوليات. وفي العادة فإن المعالج والمريض يبرمون تعاقدا أو اتفاقا حول جدولة النتائج الخاصة بالسلوك المستهدف الذى يعده المرشد أو المعالج أو غيرهما. وفى بعض المراكز والعيادات فإن السلوك المستهدف يحدد بشكل جمعى ولا يناقش على أساس فردى.

لقد استخدم أسلوب العمل مع المواقف الطارئة (للتراپطات المشروطة) بشكل ناجح فى حالات ادمان الهيروين وحالات الانمان المتعمد وحالات ادمان الكوكايين. وبالنسبة لحالات الهيروين الذين كانوا يعالجون بالميثادون فإن المشكلات الشائعة كانت استمرار المرضى فى تعاطى الاقيون وعدم انصياعهم لجوانب من برنامج العلاج مثل الحضور للعيادة كل يوم لأخذ الميثادون وتقديم عينة من البول أو الاشتراك فى أنشطة تهدف إلى زيادة الأداء التكنيفى (مثلا الارشاد المهنى). وتشمل الحوافز التى استخدمت بنجاح لزيادة السلوكيات المستهدفة ميزت أخذ الميثادون إلى المنزل حيث يعطى للمرضى الذين يستوفون السلوك المستهدف جرعات الميثادون ليأخذوها بانفسهم خارج العيادة أو يعطى للمرضى الحق فى تحديد جرعو الميثادون التى يأخذونها. ومن الأمور التى تستوجب الذكر هنا أن اعفاء مدمنى الكحول من ضبط تعاطى الديسولفرام Disulfuram تخفض استخدام الكحول أيضا. كذلك استخدمت المكافآت المالية والمادية (العينية) بنجاح مع مدمنى الهيروين الذين كانوا يعالجون بالميثادون. أما فى حالة استخدام الكوكايين فقد أمكن تخفيض استخدام المخدر بارسال خطابات لأصحاب الاعمال وغيرهم بخصوص المدمنين واستخدام ذلك كمعزز لتقديم عينة من البول يثبت خلوها من المخدر.

على أنه يجب أن يلاحظ أن استخدام العلاقات الترابطية كان أكثر نجاحا فى تحقيق سلوكيات لدى المدمنين غير سلوك الانمان نفسه مثل

الحضور إلى العيادة يوميا أو تقديم عنه من البول. وتطبيق اسلوب التعاقد على اداء هذه التسلطات قد تكون له مشكلات من أهمها استمرار نجاحه باستمرار الحاجة إلى التعزيز. فمثلا في حالات امان الهيروين الذين يعالجون بالميثادون يستمر نجاح التعزيز طالما كانوا في حاجة إلى الميثادون.

جـ طريقة تعزيز المجتمع (Community Reinforcement Approach (CRA

استخدم هنت وأزرين (1973) Hunt & Azrin برنامجا علاجيا شاملا يقوم على اساس الاشراف الاجرائي مع المدمنين الكحوليين لخفض احتسائهم للخمر وزيادة اداءهم التكيفي. وقد وصف سيسون وأزرين (1989) Sisson & Azrin برنامجاً لتعزيز المجتمع يشتمل على استخدام الديسولفيرام مع الكحوليات وذلك على النحو التالي:

١- يتم تفسير استخدام الديسولفيرام بجعل الزوجة (أو الزوج) أو غيره من الأشخاص الذين يعيشون مع المدمن يراقبون المريض ويعززون سلوكه على المستوى اليومي.

٢- بالنسبة للمرضى الذين لهم علاقات زواجية فان المريض وشريكه يشتركون في نوع من الارشاد الزواجي لزيادة مهارات التخطاطب والمكافأة المتبادلة للتفاعلات.

٣- المرضى الذين لديهم بطالة يشتركون في نادي توظيف Job Club حيث يقومون بتحليل تاريخهم ومهاراتهم المهنية ويوجهون إلى استراتيجيات للبحث عن عمل ثم تعد لهم اهداف سلوكية تهدف إلى تأمين العمل (مثلا القيام بعشر مكالمات كل يوم لأصحاب الاعمال).

٤- جرى تحديد الأنشطة الاجتماعية والترويحية التى لا تشمل على توفر الكحول ويشجع للمرضى على حضور مثل هذه الأنشطة فى نهاية الاسبوع.

٥- يتلقى المرضى تدريباً على كيف يرفضون الشراب وكيف يتحكمون فى رغبتهم لتناولها.

أن هذا البرنامج قد اظهرت النتائج نجاحه فى علاج المدمنين للكحول من الذين يعيشون مع شخص آخر يمكنه مراقبة سلوكهم.

٣ - علاج المشكلات المرتبطة بالإيمان:

أحد الافتراضات الرئيسية فى العلاج السلوكى هى أن سوء استخدام العقاقير يرتبط غالباً بالأداء فى مجالات أخرى. وفى مثل هذه الحالات فإن الاقتصار على العلاج من الايمان لن يكون مناسباً والاقلاع عن الايمان لن يحقق الشفاء فى المجالات الأخرى مالم تدخلها ضمن البرنامج العلاجى. وقد جُربت برامج علاجية لعلاج الخلل فى الأداء الذى يصاحب الايمان، ومن تلك البرامج العلاج الزوجى والأسرى، وتدريب المهارات الاجتماعية، والتعامل مع الضغوط Stress management والبرامج المهنية.

أ - العلاج للزوجى والأسرى: Marital and Family therapy

رغم أن الزوجيات والأمس الخاصة بالمدمنين كان لها تأثيرات متنوعة على الأفراد المدمنين فإن العلاجات السلوكية تركز على كيف أن افراد الأسرة قد يبقون على الايمان من خلال التعزيز ولذلك كان من الضروري للبحث فى كيفية تعديل سلوك الأسرة بطرق تعزز التخلي عن الايمان والاشتراك فى الأنشطة الممتعة التى تشمل على تفاعلات الأسرة دون وجود المواد المخدرة أو للتعاطى.

فى برنامج أء للءمل مع مءمى الكؤل ءواسطة أوفارل؁ وأوفارل وكائر 1984 Ofarrell & Ofarrell 1986 ءمء للءءءلاء ءشكل مءابء لءفز المرىء للاءءءراك فى العلاء وأن ءءق انءءاضاء سرىة فى اسءءءام الكؤل وعءم الااءءراك فى السلوكاء الءطىرة مءل العف الاسرى ثم بعء ذلك ءءسفن الءءاطء الاسرى وانماط طراز الءاة ءوسائل ءءعم الاسءرار الاسرى بعىء المءى وكذلك ءءلى المرىء عن الاامان. والءرام ءاء ءرءة عاالية من البناء وبعءم على الءعااءاء السلوكاء بفن افراد الاسرة. وعلى سبفل المءال ءء ءسءءم ءعااءاء الءسولففرام كءلك المسءءءمه فى ءالاء طرىة ءعزفز المءءم CRA كما ءسءءم انءااءاء الاسءءاء لبعض الوقت Time out لءفض امكاناة العف اءاء الصراءاء ءاصة عءما فكون المرىء فى مرءلة الءسمم وقء فءق افراد الاسرة على مكافأة الءفرفاء الاىءابفة وأن فءءاهلوا بءلا من أن فءقوا السلوكاء المءكلاء. وبالمءل فان الطرق والاءاف المبنىة ءسءءم لزفاء الءفاعلاء الاىءابفة للاسرة وزفاء مءاراء ءل المءكلاء.

وقء أوضء البءوء الءى أءربء ءول الءءاءف وءوء علاءة بفن ءءسن الاءاء الاسرى والزواى والاءفاء فى اسءءءام العءار. كما أن الءراءاء الءى ءومء ءشكل ءلاص الءءءلاء الاسرفة والزواىة أوضء أنفا ءءفز الاءزام المبءى للمرىء بءرامء العلاء بصورة فعالة. كذلك فان الانسءاب من الهرفن الءى نفء فى المءزل باسءءءام مءاركة الاسرة ففءو أنه بفىء ناءء نسبفا لءءلفص المرىء من الءسمم. ومع هذا فان اللففاء مءباففة ءول فاعلفة الءءءلاء فى المءى البعء وبصفة ءاصة ففما فءعلق بالافاء على الءفض الءى ءءء فى اسءءءام العءار.

تدريب المهارات الاجتماعية Social skills training

كثير من المناسبات الاجتماعية* تشتمل غالباً على الكحول أو المخدرات الأمر الذى يستلزم من المريض أن يتجنب المناسبات الهامة التى تشتمل على تقديمها أو أن يتعلم اساليب رفض استخدام هذه العقاقير. ان التجنب امر معقول بالنسبة للبعض ولكن حتى فى هذه الحالات فإن تطوير اتصالات اجتماعية لا تشتمل على توفر العقاقير يشتمل على هدف علاجى هام. أن النادى الاجتماعى لغير الشاربين للكحول فى برنامج تعزيز المجتمع CRA يعتبر اسلوباً لتشجيع هذا الهدف كذلك فإن جماعات A.A. أصدقاء مستخدمى الكحوليات وغيرها من الجماعات تخدم وظيفة مماثلة.

وبسبب وجود العقاقير (وبشكل خاص الكحوليات) فمن المناسب أن ندرب المرضى على رفض العقاقير فى المواقف الاجتماعية. والطريقة المضادة التى استخدمت على نطاق واسع مع مدمنى الكحول هى التدريب الشامل على المهارات الاجتماعية الذى يهدف إلى رفض الشرب. أن مدمنى الكحول ليس لديهم قصور فى المهارات الاجتماعية بشكل عام ولكنهم يمكن أن يستفيدوا من التكتلات المبنية التى تقوم على طريقة أداء الدور التى تدربهم على أن يقاوموا الضغط الاجتماعى فى أن يشربوا. وقد وصف شانى (1989) Chaney الاجراءات التى استخدمت فى تدريب المهارات الاجتماعية والتى تطبق عادة فى جماعات صغيرة وتعد مواقف اداء الأدوار بحيث تشابه المواقف عالية المخاطر لاستخدام المخدرات فى البيئات الطبيعية للمرضى. وتتمذح الاستجابات الفعالة بواسطة المعالج أو المعالجين ثم يكرر

* هذا الكلام ينطبق على المجتمع الغربى. وقد تتوفر المخدرات فى المجتمعات الشرقية فى مناسبات محدودة مثل حفلات الزواج فى الريف.

بواسطة كل مريض يتلقى تغذية مرتدة من الجماعة. ويقدر تقدم المريض عادة عن طريق تكرار تطبيق مهمة أداء دور.

أن تدريب المهارات الاجتماعية يحسن أداء المريض كما يقاس بمقياس المهارات الاجتماعية، ولكن لم تسفر كل الدراسات التي أجريت عن نتائج تدل على خفضاً مناسباً لاستخدام الكحول أثناء فترة ما بعد العلاج. ولدى مراجعة لهذه البحوث فإن ثنائى يخلص إلى القول:

"إن اقوى دليل على كفاءة التدريب على المهارات الاجتماعية يأتي من الدراسات التي أجريت في إطار برامج العمل مع المرضى الداخليين المستخدمين للكحول حيث توجد مكونات علاج اضافية". وبذلك فإن المرضى الذين اختبروا بشكل مناسب ولديهم قصور في المهارات فإن ادخال برنامج تدريب المهارات كمكون ضمن برنامج شامل أمر له مابيره. ومن المعقول أن نفترض أن تدريب المهارات قد يكون فعالاً أيضاً مع المدمنين لكن الدراسات المضبوطة على هؤلاء الافراد مازالت ناقصة.

ج - التعامل مع الانضغاط Stress management

أن الانضغاط والقلق وغيرهما من المفاهيم المرتبطة بهما قد اعتبرت كسبب في تطور مشكلات الكحول والعقاقير الضارة الأخرى. والبحث الذي يؤيد هذه الوجهة مازالت نتائجه غير متمسقة، ومن الواضح أن الاستخدام المزمن والتقليل للعقاقير يزيد القلق وتفسيرات مثل هذه النتيجة هي:

(أ) أن نسبة قليلة من المدمنين لديهم تشخيص مزدوج مع بعض انواع من اختلال القلق.

(ب) على الأقل بالنسبة للكحول توجد فروق فردية في الدرجة التي يخفف بها استهلاك المخدرات الشعور بالانضغاط.

لهذا العدد المحدود من المرضى فى هذه الفئات فإن الأساليب التعامل مع الانضغاط كذلك التى وصفها ستوكويل وتاون (1989) Stockwell & Town قد تكون جزءاً مفيداً من برامج علاجية شاملة ولكن هذه الأساليب وحدها إما أنها غير ضرورية أو أنها علاجاً غير كافٍ فى كثير من الحالات. وقد يكون القلق أيضاً قضية علاجية أثناء الانسحاب من المخدر للأشخاص المعتمدين عليه بنديا ولكن يمكن التعامل مع ذلك بشكل صيدلانى (مثلاً استخدام الليبريم) على أساس من مدى قصير فقط بسبب مخاطر التفاعلات الضارة للعقار. ورغم أن أساليب التعامل مع الانضغاط سواء كانت استرخاء أو تغذية حيوية مرتدة قد أدخلت فى علاجات سلوكية واسعة المدى لآمان الكحول والعقاقير الأخرى وأن الدراسات التى أجريت حول النتائج قليلة مما يتعذر معه قياس فاعليتها. وتتضمن الشواهد على نجاح هذا النوع من العلاج اتساقاً أكبر فى أثر هذه الفنيات على مؤشرات للقلق وانشطة الحياة عما أظهرته حول استخدام الكحول والعقاقير. فضلاً عن ذلك فإن البحوث تشير إلى أن الأشخاص الذين يتعاطون الكحول ولديهم درجة عالية من القلق اظهروا انخفاضاً فى الكحول نتيجة استخدام تدريبات الاسترخاء معهم. وبذلك فإنه كما فى حالة العلاج الزوجى والأسرى والتدريب على المهارات الاجتماعية فإن التعامل مع الانضغاط يمكن إدخالها فقط كإجراءات علاجية فى خطة علاج كلية وشاملة عندما يُظهر المرضى تشخيصات تحتاج لاستخدام هذه الإجراءات.

د - منع النكسات: Relapse Prevention (RP)

كثير من الطرق التى تستخدم لخفض استهلاك الكحوليات والمخدرات يمكنها أن تنتج خفضاً للآمان. لكن الأهم من ذلك هو المحافظة على هذا للخفض. ولكن ذلك لم يتأثر بحد من المتغيرات فى حياة المدمن. فمثلاً فى المرحلة المبكرة من العلاج قد يصبح ذلك أمراً غير واقعى. ولذلك فإن تعلم

التعامل بكفاءة مع المواقف المرتبطة بالادمان فيما مضى قد يكون هاما لنجاح بعيد المدى وهذا هو المبرر الذى تستند إليه برامج منع الانتكاس والتي تمثل أحد التحولات الهامة فى برامج علاج المدمنين.

أن برامج منع الانتكاس تشترك فى أنها تركز على العناصر التالية:

(أ) على تدريب المدمنين على مهارات التعامل والمواجهة Coping Skills مع العواطف والجوانب المعرفية والبيانات المرتبطة مع سوء الاستخدام السابق للعقاقير.

(ب) على النظر إلى نويات استخدام العقاقير على أنها فرص تعليمية لفهم محددات انتكاس المدمن.

(ج) على تقليل درجة استخدام العقار عندما يحدث:

وتشتمل طريقة مارلات Marlatts بجانب هذه العناصر الثلاثة على إعادة البنية المعرفية Cognitive restruction الذى يهدف إلى خفض "أثر انتهاك التوقف" الذى يعيشه المريض بعد الاستخدام الأولى للعقار، والذى يعتبر نتيجة مصغرة للتغيرات المعرفية والوجدانية التى يظن أنها تحفز إلى استخدام اكبر. كذلك يدخل فى العلاج الاستراتيجيات المشتقة من التدريب السلوكى على الضبط الذاتى وكذلك التدريب على المهارات المرتبطة وذلك لاحتضان استجابات التعامل فى المواقف ذات الاحتمالية العالية لحدوث الادمان.

لقد حاول أنيس (١٩٧٨) Annis أن يستخدم نظام التصنيف الذى وضعه مارلات لمحددات الانتكاس كى يصمم مقياسا لمواقف الشرب Inventory of Drinking Situations (IDS) الذى يستخدم فى تقويم الدرجة التى استخدم فيها المريض المخدرات اثناء العام المنصرم واشتمل المقياس

على ثمانى مواقف (مثلا: عواطف غير سارة، ضغط اجتماعى لاستخدام العقار، صراع مع آخرين). ومن هذه المعلومات امكن تطوير مدرج بالمواقف الخطرة واشتمل برنامج العلاج على تعريض حى متدرج للمواقف بدءا بالمنخفض وتدرجا نحو المرتفع فى المخاطرة مما يزيد توقعات المريض فى كفاعله لمقاومة مستقبلية لاستخدام العقاقير فى هذه المواقف. كذلك اجراء تقويم اساليب المرضى فى التعامل Coping بهدف ضمان أن ينموا مدى واسعا من الاستجابات.

خاتمة

عرضنا فى هذا الفصل لعدد من الاساليب والبرامج السلوكية التى تستخدم فى علاج حالات الايمان ويمكن القول أن هذه الطرق والاساليب لا تستخدم بمعزل عن برنامج شامل لاعادة تأهيل هذه الحالات - أن العلاج السلوكى هو احد الانشطة التى يمكن أن يشتمل عليها أى برنامج ناجح لعلاج الايمان - وأن يكون هذا البرنامج ضمن الانشطة - التى يخطط لها مدير الحالة المسئول عنها ضمن البرامج التى يضعها وأن يكون فريق التأهيل على علم بها حتى يساعد المتخصصون بعضهم البعض فى تنفيذ هذا البرنامج.

المراجع

النمرdash، عادل: الإدمان: عالم المعرفة، العدد (٥٦) اغسطس ١٩٨٢ - الكويت.

السعيد، أحمد عبدالله: الخصائص الشخصية لمدمني الحشيش: دراسة في منطقة الرياض رسالة ماجستير غير منشورة ١٩٨٨.

سوييف، مصطفى: الإدمان والمجتمع: عالم المعرفة، الكويت، (١٩٩٦).

Abramas, D.B & Niawra, R.S (1987) Social Learning theory. in H.T.Blane & K.E. Leonard (Eds) Psychological theories of drinking and alcoholism: (P.P. 131-180) Guilford.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4th edition) DSM - IV- Washington, D.C. Author.

Blane, H. T (1990) The personality of the alcoholic. in M.E. chafets (Ed) Frontiers of alcoholism. NewYork. Aronson.

Blane, H.T. & Leonard (Eds) (1987) Psychological theories of drinking and alcoholism. NewYork. Guilford.

Cappell, H. & Greeley, J. (1987) Alcohol and tension Reduction: An update on research and theory. in H.T.Blane & K. Leonard (Eds) Psychological theories of drinking and alcoholism. (p.p. 15-44) NewYork. Guilford.

Cautela, J.R. (1970) Treatment of alcoholism by covert sensitization. Psychotherapy: Theory, Research & practice 7, 86-90.

Chaney, E.F. (1989) Social skills training. In R. & Hester & W.R. Miller. (Eds) Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives (pp 206-221) NewYork. Pergamon.

Hula, G.J. & Bentler, P.M (1982) A developmental theory of drug use. Deviation and assesment of couasal modeling approach in P.B. Baltes & G.G. Brin (Eds) life-span development and behavior. (vol 4, pp 147-203) NewYork. Academic Press.

- Hull, J.G (1987) self - awareness model, in H.T.Blane & K.E. Leonard (Eds) psychological theories of drinking and alcoholism (pp 272-304) New York: Guilford.
- Hunt, G.M. & Azrin, N.H. (1973) A community - reinforcement approach to alcoholism. Behaviour research and therapy 11, 91-104.
- Jessor, R & Jessor, S. (1977) Problem behavior and Psychological development, A longitudinal study of youth. New York. Academic press.
- Martin, B. (1997) Abnormal Psychology: clinical and scientific perspectives. New York. Holt, Rinehart. Winston.
- Marlatt, G.A. (1978) Craving for alcohol, loss of control and relapse. A cognitive behavior analysis. In P.E. Nathan G.A. Marlatt and T. Loberg (Eds) Alcoholism. New direction in behavioral research and treatment (pp 271-341) New York. Plenum.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985) relapse prevention. New York. Guilford.
- Meeks, J.D. (1987) Adolescent substance abuse. Etiology and dynamics. in J.D. Noshpitz (Eds) Basic handbook of child psychiatry (Vol V, pp 388 -393). New York. Basic books.
- Menninger, K.A. (1938) Man against himself. New York. Harcourt.
- O'Farrell, T.J (1988) Marital therapy in the treatment of alcoholism. in N.S. Jacobson & A.S. Gusman (Eds) clinical handbook of marital therapy (pp 513-535) New York. Guilford.
- Rankin, A., Hodgson, R. & Stockwell, T. (1983) Cue exposure and response prevention with alcoholism. A controlled trial behavior research and therapy; 21, 435-446.
- Rimmele, C.T, Miller, W.R & Dougher, M.J. (1989) Aversion therapies. In R.K. Hester W.R. Miller (Eds) Handbook of alcoholism. treatment approaches Effective alternatives (pp 128-140) New York. Pergamon.

- Tarter, R.E. (1990) Evaluation and treatment of adolescent substance abuse. A Decision tree method. *American Journal of drug and Alcohol Abuse*, 16, 1-46.
- Tarter, R.E. (1992) prevention of drug abuse. Theory and application. *American Journal on addiction*, 1, 2-20.
- Turner, S.M, Calhoun, K.S. & Adams, H.E. (1992) *Handbook of clinical behavior therapy* (2nd ed) NewYork. John wiley & sons.
- Wieder, H. & kaplan, E.H. (1969) Drug use in adolescents Psychodynamic meaning and pharmacologic effect. *Psychanalytic study of the child*, 24, 399.
- Zucker, R.A (1979) development aspects of drinking through the young adult years. In H. Blane & M. Chafetz (Eds) *Youth, alcohol and society policy* (pp 92-146) NewYork. Plenum.

محتويات الكتاب

الصفحة	الموضوع	الفصل
٨-٧	تقديم	
٢٣٥-٩	: أسس وفنيات العلاج السلوكي	الباب الأول
٣٦-١١	: العلاج السلوكي (ماهيته - تطوره - خصائصه - أخلاقه)	الفصل الأول
٦٤-٣٧	: أسس تقدير السلوك	الفصل الثاني
٨٩-٦٥	الإشراف الكلاسيكي والأماليب العلاجية القائمة على قواعده	الفصل الثالث
١٠٧-٩١	: التخلص المنظم من الحساسية	الفصل الرابع
١٢٧-١٠٩	: التدريب على السلوك التوكيدي	الفصل الخامس
١٥٢-١٢٩	: الإشراف الإجرائي	الفصل السادس
١٦٨-١٥٣	: استخدام النماذج السلوكية	الفصل السابع
١٧٥-١٦٩	: الغمر	الفصل الثامن
١٨٧-١٧٧	: الإشراف التفريري	الفصل التاسع
٢٠٧-١٨٩	: الضبط الذاتي (ضبط النفس)	الفصل العاشر
٢٢٣-٢٠٩	: العلاج السلوكي المعرفي	الفصل الحادي عشر
٢٣٥-٢٢٥	: حل المشكلات	الفصل الثاني عشر
٤٦٣-٢٣٧	: تطبيقات العلاج السلوكي	الباب الثاني
٢٧١-٢٣٩	: في مجال مشكلات الأطفال والمراهقين	الفصل الثالث عشر
٣٠٤-٢٧٣	: في مجال القلق والمخاوف الاجتماعية	الفصل الرابع عشر
٣٢٤-٣٠٥	: في مجال الاكتئاب والاختلالات المزاجية	الفصل الخامس عشر
٣٥٢-٣٢٥	: في مجال المتخلفين عقلياً	الفصل السادس عشر

- الفصل السابع عشر : فى المجال التربوى (عدم ٣٩٧-٣٥٣
الانضباط فى المدرسة)
- الفصل الثامن عشر : فى مجال الطب والطب ٤٢٩-٣٩٩
الميكروسماتى
- الفصل التاسع عشر : فى مجال إيمان للمخدرات ٤٦٣-٤٣١

هذا الكتاب

يتميز بالجده والعمق والشمول غير المسبوق في مجال حديث من المجالات التطبيقية لعلم النفس المعاصر ألا وهو العلاج السلوكي، ويقع الكتاب في بابين مترابطين، يتناول المؤلفان في الباب الأول الإطار النظري والأسس التي يقوم عليها العلاج السلوكي الحديث في إثنا عشر فصلاً تبدأ بتعريف العلاج السلوكي وتطوره وخصائصه وأخلاقياته وأسس تقدير السلوك، وأهم الفنيات المستخدمة في مجال العلاج كالإشراف الكلاسيكي والتخلص المنظم من الحساسية والتدريب على السلوك التوكيدي، والإشراف الاجرائي واستخدام وتطبيق النمذجة في تعديل السلوك، والغمر، والإشراف التفييري، وضبط النفس، وتعديل البنية المعرفية. وأسلوب حل المشكلات أما الباب الثاني فيتناول أهم تطبيقات العلاج السلوكي، والسلوكي المعرفي في مجال المشكلات النفسية والسلوكية للأطفال والمراهقين، وفي مجال الاختلالات النفسية كالقلق والاكتئاب والقلق الاجتماعي، ومع المتخلفين عقلياً، وفي المجال الدراسي والتربوي، والطب النفسيوسوماتي وعلاج الإنمان، ويقع هذا الجزء في ثمانية فصول لم يسبق تناول أغلبها من قبل ومن ثم يعد إضافة علمية جديدة قد يسهم بدور طيب في مساعدة الباحثين والمتخصصين في مجال العلاج النفسي على وجه العموم.

محمد غريب